
UC-NRLF
B 3 774 433

Zeitschrift für die gesamte

Neurologie und Psychiatrie

Begründet von A. Alzheimer und M. Lewandowsky

Herausgegeben von

O. Bumke
Leipzig

O. Foerster
Breslau

R. Gaupp
Tübingen

H. Liepmann
Berlin

M. Nonne
Hamburg

F. Plaut
München

W. Spielmeyer
München

K. Wilmanns
Heidelberg

Referate und Ergebnisse

Redigiert von

W. Spielmeyer

Dreiundzwanzigster Band



Berlin
Verlag von Julius Springer
1921



Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig.



Inhaltsverzeichnis.

I. Anatomie und Histologie:
1. 105. 201. 281.

II. Normale und pathologische Physiologie:
8. 117. 212. 290.

III. Psychologie und allgemeine Psychopathologie:
13. 117. 216. 297.

IV. Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie:
24. 128. 230. 309.

V. Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie:
44. 140. 235. 322.

VI. Allgemeine Therapie:
50. 149. 244. 327.

VII. Spezielle Neurologie und Psychiatrie.

1. Muskeln und Nerven:
57.

2. Sympathisches System. Gefäße. Trophik. Wachstumsstörungen:
57. 154. 249. 332.

3. Sinnesorgane:
59. 156. 250. 333.

4. Körperflüssigkeiten (Blut, Liquor, Harn u. a.):
61. 158. 253. 335.

5. Rückenmark und Wirbelsäule:
64. 164. 257.

6. Hirnstamm und Kleinhirn:
65. 257.

7. Schädel. Großhirn (Herdsymptome):
66. 165. 257. 337.

9. Intoxikationen. Infektionen:
69. 168. 259. 338.

10. Störungen des Stoffwechsels Innere Sekretion:
76. 173. 261. 341.

11. Epilepsie:
78. 176. 263. 344.

12. Angeborene geistige Schwächezustände:
80.



13. Paralyse. Syphilitische Geistesstörungen:
80. 178. 265. 345.

14. Verblödungsprozesse. Psychosen bei Herderkrankungen:
83. 179. 266. 346.

15. Infektions- und Intoxikationspsychosen. Traumatische Psychosen:
84. 180. 267. 347.

16. Manisch-depressives Irresein:
184.

17. Paranoia und paranoide Geistesstörungen:
267.

18. Degenerative psychopathische Zustände. Pathographien:
85. 268.

19. Psychogenie. Hysterie:
86. 186. 268. 348.

20. Kriegsneurosen:
188. 269.

VIII. Unfallpraxis:
188. 348.

IX. Forensische Psychiatrie:
95. 189. 349.

X. Anstaltswesen. Statistik. Erblichkeitsforschung. Allgemeines:
96. 192. 269. 350.

XI. Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München:
101. 195. 280. 355.

Sachregister 361. Autorenregister 370.



Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Band XXIII. Referate und Ergebnisse. Heft 1/2.

I. Anatomie und Histologie.

1. Creutzfeld, H. G., Über eine eigenartige herdförmige Erkrankung des Zentralnervensystems. Histol. u. histopathol. Arb. über die Großhirnrinde (Nissl und Alzheimer). Ergänzungsband. S. 1. 8 Tafeln, 3 Textfiguren, sowie Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **57**, 1. 1920.

Es handelt sich um eine Kranke, die im 23. Jahre in die Klinik aufgenommen wurde, nachdem sie bis zum 16. Jahre verhältnismäßig gesund gewesen war. Dann erkrankte sie unter allerhand merkwürdigen Hauterscheinungen und wurde zunächst in der Hautklinik beobachtet. Dort stellten sich bereits spastische Erscheinungen an den Beinen ein und ein allgemeiner Tremor. Nach der Untersuchung bekam die Kranke einen hysterischen Anfall. Sie wurde dann entlassen und zeigte weiter auffallende Steifigkeit, besonders beim Gehen, wurde auch psychisch absonderlich; die Menses waren sehr unregelmäßig, manchmal bestanden wochenlange Blutungen. Fieber wurde nicht beobachtet. Bei der Aufnahme bestehen ticartige Zuckungen, Intentionstremor, deutlicher Nystagmus, Periost- und Sehnenreflexe deutlich gesteigert. Babinski beiderseits positiv. Bauchdeckenreflex leicht erschöpfbar. Allgemeine Hyperästhesie und -algesie. Arm- und Beinmuskeln hypertonisch. Keine Ataxie. Partielle Negativismen, die aber sehr wechseln. Temperatur 38,9°. Psychisch ist die Kranke schwer fixierbar, sprachliche Äußerungen ganz unzusammenhängend. Die intellektuellen Leistungen zeigen eine Beschränkung auf die einfachsten Dinge. Es besteht ausgesprochene Perseveration. Im weiteren Verlauf traten läppisches Benehmen, oberflächliche, ideenflüchtige Assoziationen auf, Grimassen wurden geschnitten, manierierte Bewegungen, unmotivierte Lachausbrüche rein motorischen Eindrucks traten in die Erscheinung. Im weiteren Verlauf kamen teils ganz stuporöse Zustandsbilder vor, sie verkennt ihre Umgebung, es kommt zur Echopraxie, Stereotypien. Die hypertonischen Erscheinungen in Gesichts-, Arm- und Händemuskeln treten gegenüber den an den Beinen deutlicher hervor. Nach einigen Monaten Status epilepticus. Dauernde corticale Zuckungen. In den letzten Stunden nimmt die Benommenheit zu, Tod im Status epilepticus.

Während anfangs aus dem Nystagmus, der angedeuteten Papillenabblassung, der spastischen Parese, der Schwäche der Bauchdeckenreflexe, dem Intentionstremor und der skandierenden Sprache sowie dem zwangsaffektartigen Lachen und dem schubartigen Verlauf an eine multiple Sklerose gedacht werden mußte, konnte beim Auftreten der blitzartigen Zuckungen und bei den Pseudospontanbewegungen, den sensibeln Störungen diese Vermutung kaum noch aufrechterhalten werden. Auch war der eigenartige psychische Befund nicht geeignet, die Diagnose multiple Sklerose zu stützen. Es wurde angenommen, daß es sich um eine wahrscheinlich multilokuläre Erkrankung des Zentralorgans handelte, die in Schübern verlief und bei einem solchen akuten Aufflackern unter dem Zunehmen amentieller Symptome zu Tode führte. Über die Ursache war nichts Näheres bekannt. Weder eine erbliche Anlage noch eine exogene Schädigung infektiöser oder toxischer Natur war nachzuweisen. — Bei der Sektion war die linke vordere Zentralwindung auffallend dick und resistent. An einer Stelle der Zentralgegend verwaschene Rinden- und Markzeichnung, eine ähnliche Stelle der hinteren Zentralwindung trat über die Schnittfläche vor. Auf Nisslbildern

herdförmige Ausfälle der Nervenzellen, besonders in der dritten Brodmannschen Schicht. Außer diesen ausgedehnten Rindenausfällen noch miliare Herde, die aus Gliasternen und -rosetten bestehen. Die Pyramidenzellen der dritten Schicht sind erkrankt. Damit gleichzeitig tritt eine progressive Veränderung der Glia ein, die erkrankten Ganglienzellen sind von zahlreichen Gliakernen umgeben, die in einer Art Symplasma liegen. Die Zellveränderung hat große Ähnlichkeit mit der von Spielmeyer an den Purkinjezellen von Typhus, Fleckfieber und Malaria beschriebenen Homogenisation. Im weiteren Verlaufe kommt es zum Schwunde der Ganglienzellen. Jedoch gibt es auch zweifellos Ganglienzellen, die ohne Beteiligung der Glia untergehen. In den eigentlichen Herden fehlen neben den Ganglienzellen auch Markscheiden und Fibrillen fast vollständig. Nur selten durchziehen Tangentialfasern das Gebiet. Gelegentlich gemästete Gliazellen, dagegen keine Faserbildungen. Gefäße oft ganz unbeteiligt, in anderen Herden sind sie lebhaft reparatorisch tätig, in stärkster progressiver Veränderung. An den anderen Herden keine sicheren Zusammenhänge mit den Gefäßen, insbesondere keine entzündlichen Veränderungen. Selten einzelne Lymphocyten. Neben diesen herdförmigen Erkrankungen diffuse Degenerationen der nervösen Elemente der grauen Substanz, die an die größeren Zellformen gebunden scheint; besonders in der sechsten Rindenschicht, in den basalen Ganglien, den Brücken- und Oblongatakernen, den Zahnkernen, der grauen Rückenmarkssubstanz, besonders der Vorderhörner, finden sich solche Ganglienzellerkrankungen. Vollständig frei bleiben die Zellen der Substantia nigra, die Purkinjezellen und die Oliven. Die Zellveränderung entspricht der als retrograde Degeneration beschriebenen. Die Glia ist bei dieser Ganglienzellerkrankung refraktär, nur selten neuronophagische Bilder. Auch die eingeschlossenen Ganglienzellen zeigen das gleiche Bild der Homogenisation nach Spielmeyer. Achsenzylinder aufgetrieben mit zentraler Homogenisierung. Eine Kleinhirnwindung in narbiger Schrumpfung mit Ausfall der Purkinjezellen aber ohne Gliawucherung. — Es handelt sich also um einen nicht entzündlichen Prozeß einer Erkrankung des nervösen Parenchyms und der grauen Substanz des Zentralnervensystems, die sich histologisch in zweifacher Weise darstellt, einerseits in einer herdförmigen Degeneration insbesondere in der Lam. pyramidalis der Großhirnrinde, mit Ersatz durch Glia, Stäbchenzellen und große Vielstrahler. Diese Herde werden als Gliaherde bezeichnet. Bei anderen sieht man eine starke Gefäßproliferation. Der andere Herdtyp tritt miliar auf; dieser Typ ist überall vorhanden, wo graue Substanz von der als diffus bezeichneten Veränderung befallen ist. Diese Herdchen sind als frisch entstandene um eine zugrunde gegangene Nervenzelle anzusehen. — Das Krankheitsbild stellt sich dar als eine Erkrankung unbekannter Ursache, vielleicht mit familiärer Disposition, mit schubartigen Verlauf, vorwiegend corticalen Reizsymptomen, auch sensibler Natur, psychischen Symptomen amentieller Art, mit progressivem Verlauf; pathologisch als ein nicht entzündlicher, herdförmiger Untergang des Nervengewebes der Großhirnrinde mit Neuronophagie und reparatorischer Gliawucherung, zum Teil auch mit Gefäßproliferationen, einer nicht entzünd-



lichen diffusen Zellerkrankung, mit Zellausfall im Bereich der gesamten grauen Substanz. Der Prozeß ist klinisch wie pathologisch von der multiplen Sklerose scharf abzugrenzen und gehört wohl in das große Gebiet, das zusammenfassend bisher als Pseudosklerose bezeichnet worden ist. F. H. Lewy (Berlin).

2. **Homén, E. A., Experimentelle und pathologische Beiträge zur Kenntnis der infektiös-toxischen, nicht eitrigen Encephalitis.** Arbeiten a. d. patholog. Inst. Helsingfors **2**, 1. 1920.

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung interessiert uns am meisten, daß in den herdförmigen Veränderungen die verschiedenen histologischen Komponenten in sehr wechselnder Weise vertreten sind. Während in manchen die Alteration, Exsudation und Proliferation, wenn auch in wechselndem Grade, gut entwickelt sind, spielen in anderen die exsudativen Prozesse die Hauptrolle, in wieder anderen die proliferativen (speziell an der Glia), in noch anderen die degenerative Komponente. Zum Teil hängt das von der Bakterienart, ihrer Menge und ihrem Virulenzgrad ab. Homén erwägt dabei, inwieweit der Charakter der Herde unmittelbar von der lokalen Wirkung der Bakterien abhängig ist und inwieweit Fernwirkungen toxischer Natur seitens der Erreger und toxischer Gewebs- und Exsudatzerfall von Einfluß sind. Die verschiedenen Herdprozesse sind auch im Einzelfall nicht rein und überall vorherrschend, sondern es handelt sich öfters um Übergangsformen und Kombinationen der verschiedenen Komponenten der Entzündung. Ich habe den Eindruck, daß diese Dinge den Erfahrungen an die Seite zu stellen sind, die wir jüngst beim Fleckfieber machen konnten. Zu dem infektiös-toxischen Entzündungsprozeß gesellen sich auch Vorgänge nicht entzündlicher Art, wie besonders Zirkulationsstörungen (Hämorrhagien usw.). Sp.

3. **Löwy, Robert, Zur Klinik und Pathogenese der nervösen Erscheinungen. beim Fleckfieber.** Obersteinersche Arbeiten **22**, 191. 1920.

Der Verf., welcher sich schon in einer früheren Arbeit um die Erforschung der zentralen Veränderungen des Fleckfiebers verdient gemacht hat, zeigt in dieser kurzen und guten Abhandlung, daß man die vielgestaltigen Krankheitsbilder in zwei klinisch und anatomisch abgrenzbare Gruppen ordnen kann, je nachdem die allgemeinen oder die lokalen Symptome vorherrschen. 3 Fälle teilt er hier etwas ausführlicher mit. In dem einen überwiegen Herdsymptome, die auf ausgebreiteten Veränderungen der Rinde beruhen, in dem zweiten handelt es sich vorwiegend um bulbäre Erscheinungen. Der dritte entspricht dem „Durchschnittstypus des nervösen Symptomenkomplexes mit seinen cerebralen und meningealen Allgemeinsymptomen". In einer anschließenden Tabelle werden noch die wesentlichsten Merkmale der anderen 11 Fälle, welche dieser Studie zugrunde liegen, übersichtlich aufgeführt. Besonderes Gewicht legt Verf. auf die Veränderungen an den Meningen, deren Eigentümlichkeiten er selbst schon vor mehreren Jahren eingehend dargelegt hatte. Er zeigt hier die qualitativen Unterschiede der Fleckfiebermeningitis in den verschiedenen Fällen. Die Pleocytose im Lumbalpunktat und die dichte meningeale Infiltration erlauben den Schluß, daß es sich um eine spezifische Veränderung an den Hirnhäuten, um eine „Meningitis exanthematica" handelt.



Ich stimme Löwy auch in diesem Punkte durchaus zu; ich hatte in meiner Arbeit — vielleicht etwas zu ängstlich — den Ausdruck Meningitis vermieden; ich wollte damit die meningealen Veränderungen beim Flecktyphus einmal von den gewöhnlichen lymphocytären Infiltraten (etwa bei Schlafkrankheit, Paralyse, Staupe) absondern und außerdem die Unterschiede zwischen dem ganz überwiegend lympho- bzw. plasmocytären Infiltrat an den zentralen Gefäßen und dem vornehmlich aus Makrophagen bestehenden Zellmassen in den Meningen betonen. Aber schon an meinen früheren Fällen hatte ich gezeigt, wie sich die Unterschiede zwischen letzteren in manchen Partien vollständig verwischen, und vor allem habe ich inzwischen andere Fälle gesehen, in denen das plasmacytäre Infiltrat sehr beträchtlich ist, so wie es Löwy beschreibt. Sp.

● 4. **Flechsig, Paul, Anatomie des menschlichen Gehirns und Rückenmarks auf myelogenetischer Grundlage.** I. Bd. Leipzig 1920, Georg Thieme. 68 S. 25 Taf. u. 8 Textfig. Preis M. 60.— + 60% Teuerungszuschlag + Sortimenterteuerungszuschlag.

Das Buch ist mit einer großen Reihe guter Tafeln ausgestattet, welche die myelogenetische Differenzierung der Großhirnwindungen und die Gliederung des Projektionssystems wiedergeben. Sie stammen von 29 Föten- und Kindergehirnen; der jüngste Foetus ist 32 cm lang, das älteste Neugeborene ist 9 Monate alt. Den Markscheiden-Übersichtsbildern sind noch einige mikroskopische Bilder angefügt, nämlich von der ersten Markscheidenentwicklung und von Form und Anordnung der Ganglienzellen in verschiedenen Rindengebieten eines Neugeborenen. Im Texte behandelt Flechsig die Myelogenese als Forschungsmethode, die myelogenetischen Rindenfelder, Myelogenese und Pathologie, und er reiht daran einige Schlußbemerkungen. Ein Literaturverzeichnis führt lediglich die von Flechsig selbst veröffentlichten hirnanatomischen Arbeiten auf. — Es wird, meine ich, nicht wenige geben, die sich von diesem Buche auch eine ausführliche Beschäftigung mit den Argumenten seiner Gegner erwartet haben. Davon findet sich so gut wie nichts. Denn Bemerkungen, wie O. Vogts Untersuchungen seien unzulänglich, haben keine Beweis- und Überzeugungskraft. Man hätte füglich auch annehmen dürfen, der Autor würde die Myelo- und Cytoarchitektonik mit seinen entwicklungsgeschichtlichen Rindenfeldern genauestens vergleichen, da er ja die Bedeutung der Myelogenese als Forschungsmethode hier beweisen will. Aber danach sucht man vergeblich. Nicht einmal bei der Erklärung der Abbildungen von der Zellanordnung am neugeborenen Gehirn ist davon die Rede (hier wird u. a. — als hätte Brodmann nie existiert — von der „untersten polymorphen Schicht, die vielfach als 5. Schicht bezeichnet" werde, gesprochen). Vielleicht, daß der II. Band, welcher die mikroskopischen Befunde im Gange der Markbildung behandeln soll, darauf Rücksicht nimmt. Man kann heute nicht wohl die cyto- und myeloarchitektonischen Rindenfelder vernachlässigen, wenn man von Rindengliederung spricht. Es bedeutet keinen Fortschritt, wenn Flechsig lediglich seine früheren Ausführungen über Projektions- und Assoziationszentren wiederholt und dann auf 7 Seiten die Myelogenese zur Pathologie in Beziehung setzt. Sp.



5. **Oesterlin, E., Über herdförmige Gliawucherung bei Malaria und Schwarzwasserfieber.** Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **57**, 19—34.

Es wurden untersucht die Gehirne von 24 Malaria- und 5 Schwarzwasserfieberfällen. In keinem Fall gelang der Nachweis herdförmiger Gliawucherung im Rückenmark. In 5 Fällen wurde herdförmige Gliawucherung im Großhirn, in 3 Fällen im Kleinhirn und in einem Fall gleichzeitig im Kleinhirn und Großhirn nachgewiesen. Die Untersuchungen beschränken sich auf den Nachweis der Gliaveränderungen, da für die Ganglienzellveränderungen das Material nicht frisch genug war. Im übrigen entstammte das Malariamaterial den verschiedensten Gegenden, besonders auch aus Westafrika und Südamerika, so daß man daraus den Schluß ziehen kann, daß die von Dürck auf dem mazedonischen Kriegsschauplatz beobachteten Gliaherde keine Eigentümlichkeit des dortigen Kriegsschauplatzes ausmachten. In 13 Fällen konnten massenhaft Parasiten im Gehirn, in 6 Fällen spärliche, in 5 Fällen überhaupt keine nachgewiesen werden. Herdförmige Gliawucherungen fanden sich in den Fällen mit massenhaften Parasiten 3 mal, bei der zweiten Kategorie 2 mal, bei negativen Befunden 1 mal. In keinem Falle mit Gliawucherung fehlte die Hämorrhagie. Dagegen fanden sich in 6 Fällen Hämorrhagien ohne Gliaherde. Die Herde fanden sich vorzugsweise in der weißen Substanz des Großhirns. Es gab jedoch auch solche Herde in der Molekularschicht des Kleinhirns, die ebenfalls Blutungen zeigte. Die Elemente, die einen solchen Herd zusammensetzten, bestanden sowohl aus Lymphocyten wie Leukocyten. Daneben finden sich Formen, deren Zusammenhang mit den gliösen Elementen kaum bezweifelt werden kann. Es handelt sich also hier um dieselbe Schwierigkeit, wie sie auch beim Fleckfieber besteht. Der Werdegang der Herde wird so angenommen, daß sich um eine Capillare herum eine perivasculäre Gliawucherung einstellt, die die Capillare schließlich muffenförmig umgibt. Auf die Dauer bleibt die Capillare nicht unverändert. Im weiteren Verlauf verödet die Capillare und wird mit den ebenfalls nekrotisch gewordenen angrenzenden Gehirnpartien zu einem blaß gefärbten Herd. Diese Form der Herdbildung scheint nur eine Möglichkeit in sich zu bergen. Gegenüber dem Fleckfieber scheinen die Gliazellen bei den Malariaherden viel lockerer angeordnet zu sein. In einem einzelnen Falle ließen sich die Gliawucherungen auch bei Tertiana und bei Schwarzwasserfieber nachweisen. F. H. Lewy (Berlin).

6. **Jahnel, F., Ein Verfahren zur elektiven Spirochätendarstellung in einzelnen Schnitten des Zentralnervensystems.** Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 793.

Einfache Methode der Färbung von Gefrier- und Celloidinschnitten. Eugen Kahn (München).

7. **Wohlwill, Fr., Die Geschichte der pathologischen Anatomie des Nervensystems in ihrer Beziehung zur Erkenntnis der Nerven- und Geisteskrankheiten.** Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 906.

Akademische Antrittsvorlesung, im Original nachzulesen. Eugen Kahn.

8. **Kirschbaum, Max August, Über capilläre Gehirnblutungen.** Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. **23**, 444. 1920.

Verf. untersuchte capilläre Gehirnblutungen in 20 Fällen bei ver-



schiedenen Krankheiten, unter denen sich Schädeltraumen, Blutkrankheiten, infektiöse Erkrankungen, toxische Beeinflussungen, Gehirnerkrankungen befanden, um festzustellen, wie es kommt, daß bei den verschiedenen Krankheiten das gleiche Bild der capillaren Blutung im Hirn entsteht. Trotz der verschiedenen Ursachen fand sich stets eine Ringblutung um eine axiale Capillare. Die Blutung erfolgt durch Diapedese, deren Bedingungen einerseits in einer Gefäßwandschädigung — Infiltration, hyaline Degeneration der Wandschichten, hyaline und leukocytäre Thrombenbildung im Lumen, perivasculäre Exsudation — andererseits in Kreislaufstörungen örtlicher Natur — Wandveränderungen, Gefäßverstopfungen — teils allgemeiner Natur, durch die Grundkrankheit selbst bedingt, gegeben waren. Zwischen Gefäß und Blutung fand sich ein heller hyalin-nekrotischer Hof. Dieser ist als Nekrose nach Art eines anämischen Infarktes anzusehen.

Schmincke (München).

9. Bouman, L., Hirnveränderungen bei Tetanus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 301.

In einem Fall von Tetanus fand Verf. vor allem an der Grenze zwischen grauer und weißer Substanz des Gehirns meist perivasculär gelegene Herde, bestehend aus gewucherten Gliazellen, denen bisweilen in der Peripherie rote, nur einmal auch weiße Blutkörperchen beigemischt waren. In der Kleinhirnmolekularzone fanden sich außerdem kleine Blutungen, welche z. T. durch ihre Anordnung — nach den Abbildungen zu schließen, jedoch nur oberflächlich — an das Strauchwerk Spielmeyers erinnern. Die Befunde ähneln den bei Fleckfieber und Malaria im Gehirn anzutreffenden. Verf. schließt daraus, daß, da beim Tetanus nur Toxine in Frage kommen können, auch bei den letztgenannten Infektionskrankheiten, nicht die Erreger selbst, sondern ihre Gifte die Gehirnaffektion verursachen.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

10. Roth, Zur Genese und Ätiologie der Pachymeningitis haemorrhagica interna. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 175. 1920.

Verf. befaßt sich auf Grund der pathologisch-anatomischen Untersuchung von 11 Fällen mit den beiden folgenden Fragen: 1. Ist die Pachymeningitis haemorrhagica interna eine eigentliche Entzündung mit Blutungen im Gefolge, oder handelt es sich um primäre traumatische Blutungen, an die sich sekundär erst die Pachym. haem. int. anschließt? 2. Wenn echte Entzündung vorliegt, wie ist deren Genese und Ätiologie? Die erste Frage beantwortet er dahin: Es handelt sich bei der echten Pachym. haem. int. sicher nicht um einen reparatorischen Vorgang nach primärer Blutung, sondern um eine eigentliche, d. h. nach Aschoffs Nomenklatur defensive Entzündung gegen das die Entzündung selbst hervorrufende Agens, die solange anhält, wie dieses Agens einwirkt, und somit produktiven Charakter zeigt. Hiermit und auch nur hiermit stimmt das typische Bild der Pachym. haem. int. mit ihrem langsamen über Jahre ausgedehnten Verlauf, mit dem immer wieder neuen Auftreten von neuen Entzündungswellen, die wieder zu neuen, der Dura aufgelagerten Lamellen führen und in deren Verlauf sich erst sekundäre Blutungen aus den neugebildeten Gefäßen einstellen, vollkommen überein. Daß rein toxische Momente wie Alkohol



in der Ätiologie eine wichtige Rolle spielen, hält Roth für unwahrscheinlich; er ist mehr geneigt, eine infektiös-toxische Grundlage anzunehmen. Bei 9 von seinen 11 Fällen bestand eine infektiöse Grundkrankheit, und zwar ein Gehirnabsceß, Nierenabscesse, 2 Fälle von eitriger Otitis media, Sepsis, Typhus mit Leptomeningitis, 2 Fälle von Lungentuberkulose, 1 Syphilis mit Meningitis; dabei konnten im histologischen Schnittpräparat einmal Staphylokokken, einmal Streptokokken nachgewiesen werden. In den beiden anderen Fällen schloß sich die Pachym. haem. int. an Gehirnschüsse direkt an; es ist wahrscheinlich, daß auch hier eine Infektion das vermittelnde Element darstellte. Wahrscheinlich kann das Bild der Pachym. haem. int. durch die verschiedensten Entzündungserreger hervorgerufen werden. Man kann, wie bei anderen Entzündungen, im übrigen einteilen in lokale, aus der Nachbarschaft fortgeleitete Pachym. haem. int. und eine hämatogen bzw. lymphogen entstandene Pachym. haem. int. Schob.

● **11. Eppinger, H., O. Gross, N. Gulecke, H. Hirschfeld, E. Ranzi, Die Erkrankungen der Milz, der Leber, der Gallenwege und des Pankreas.** (Die Erkrankungen der Milz von H. Hirschfeld. Berlin. 77 S. Die hepato-lienalen Erkrankungen von H. Eppinger, Wien, und E. Ranzi, Wien. 690 S.) Berlin 1920. Verlag von J. Springer. Preis M. 80,—.

In dem vorliegenden Band der Enzyklopädie der klinischen Medizin, welcher von Langstein, Berlin, v. Noorden, Frankfurt, C. Pirquet, Wien, A. Schittenhelm, Kiel, herausgegeben wird, hat H. Hirschfeld in dem ersten Abschnitt die Milzerkrankungen monographisch bearbeitet. Nach einleitenden anatomischen Bemerkungen und einer Beschreibung der Untersuchungsmethoden der Milz, in denen insbesondere auf die Differentialdiagnose zwischen Milz- und Nierentumoren eingegangen wird, bespricht Verf. die Erkrankungen des Organs hinsichtlich ihrer pathologischen Anatomie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie; dabei weiß der in der Milzpathologie, wie bekannt, sehr erfahrene Autor überall noch Eigenes zu sagen. Den Schluß bildet eine nach den einzelnen Krankheiten geordnete ausführliche Zusammenstellung der Literatur. Das Buch scheint dem Referenten gut geeignet, die Kenntnis der Milzpathologie in den ärztlichen Kreisen zu fördern. Vermißt wird ein kurzes Inhaltsverzeichnis am Eingang. Hierdurch würde die Übersichtlichkeit und Brauchbarkeit des Buches gewonnen haben. — In dem zweiten weitaus größeren Teil des Bandes hat H. Eppinger die hepato-lienalen Erkrankungen behandelt. Der Autor gibt hier eine Darstellung der Wechselbeziehungen zwischen Milz, Leber und Knochenmark unter krankhaften Bedingungen. Diese 3 Organe gehören als solche, in denen sich der intermediäre Hämoglobinstoffwechsel vollzieht, indem in Milz und Leber die roten Blutkörperchen zerstört werden und im Knochenmark für die zerstörten Ersatz geleistet wird, untrennbar zusammen. — Der Bedeutung und den weiten Grenzen des Themas entspricht das Ausmaß und der Ausbau des Gegebenen. Das Referat kann der auf 560 Seiten Text niedergelegten Arbeit des Verf., der auf dem Gebiet der Leber- und Milzpathologie zu Hause ist wie kein anderer, nicht gerecht werden. Das Buch gliedert sich zunächst in eine ausführliche Beschreibung

der Histologie der Milz und Leber, der Hämolymphdrüsen, des Knochenmarks, besonders in Hinblick auf die Frage der Blutneubildung und Blutzerstörung und in eine Darstellung der Frage des intermediären Hämoglobinabbaus; dabei sind die verschiedenen Methoden zum Studium desselben zusammengestellt. In weiteren Kapiteln ist die gesamte Lehre des Ikterus in seinen verschiedenen Formen erörtert, sodann sind die verschiedenen Formen der Anämie — perniziöse und aplastische Anämie, Anaemia splenica, Anaemia pseudoleucaemia infantum, Bantische Krankheit — ferner die verschiedenen Formen der Lebercirrhose mit und ohne Milztumor, die Hämochromatose und die Polycythämie besprochen. Zum Schlusse sind die Beziehungen der Milz zum Fettstoffwechsel erörtert. In jedem Kapitel kommen nach breiter Darstellung der entsprechenden Literatur neben der Symptomatologie, pathologischen Anatomie die eigenen, reichen Erfahrungen des Verf. zur Sprache. Das vorliegende Werk ist eine Gelehrtenleistung ersten Ranges; für den Physiologen, Pathologen und Kliniker ist es in gleicher Weise wertvoll. Eine derartige breite, die riesige Literatur so ausführlich wiedergebende, auch die Klinik mit einbeziehende Bearbeitung der schwierigen und darum besonders reizvollen Leber-Milzkorrelation und der damit zusammenhängenden Fragen kommt sicher vielen sehr erwünscht. Inhaltlich und formal ist die Lektüre des Buches ein großer Genuß. Derselbe wird noch erhöht durch die in der jetzigen Zeit ungewohnt anmutende Verwendung ausgezeichneten Papiers und der recht guten Reproduktionen der zahlreichen, die pathologische Anatomie der Milz bei verschiedenen Krankheitszuständen demonstrierenden größtenteils farbigen Abbildungen. — Den Schluß bildet ein kurzer, von E. Ranzi geschriebener Bericht über Indikationen und Technik der Splenektomie, sowie über die operativen und späteren Resultate der Operationen bei verschiedenen Krankheiten, wie hämolytischer Ikterus, perniziöse Anämie usw.

Schmincke (München).

II. Normale und pathologische Physiologie.

12. Mühsam, Richard, Über die Beeinflussung des Geschlechtslebens durch freie Hodenüberpflanzung. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 823.

25jähriger Mann, wegen Hodentuberkulose kastriert, Schwund von Libido und Potenz, Rückgang der Behaarung, Höherwerden der Stimme (?) „nach eigener Angabe“, Fettansatz an Hals und Brust. Nach Hodenüberpflanzung Wiederkehr der verlorenen Eigenschaften und Wiederherstellung des männlichen Typus. — 26jähriger Bisexueller. Nach Hodenüberpflanzung eine mehr heterosexuelle Einstellung. — 27jähriger Homosexueller. Entfernung des rechten Hodens, Einpflanzung eines halbierten Leistenhodens eines gesund empfindenden Mannes auf den Musculus obliquus. Nach 14tägiger Frigidität Abnahme des homosexuellen Empfindens, zunehmende heterosexuelle — noch platonische — Einstellung.

Mühsam hat im ganzen die von Lichtenstern gemachten operativen Erfahrungen — nach Steinachs Aufstellungen und Anregungen — bestätigt gefunden; von Benda und von Hansemann ausgeführte mikroskopische Untersuchungen haben die anatomischen Befunde Steinachs nicht bestätigt.

Eugen Kahn (München).



13. Jakoby, Martin, Der jetzige Stand der Physiologie und Pathologie der Hypophyse. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 742.

Kurze, aber erschöpfende Besprechung, die im Original gelesen werden muß. Eugen Kahn (München).

14. Renner, Otto, Der jetzige Stand der Lehre von der Physiologie und Pathologie des vegetativen Nervensystems. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 917.

Orientierende Übersicht. Zum Referat nicht geeignet. Eugen Kahn.

15. Trendelenburg, P., und E. Bergmann, Titrierung von Hypophysenextrakten am ausgeschnittenen Uterus. Biochem. Zeitschr. **106**, 239. 1920.

Handelsextrakte aus Hypophysenhinterlappen hatten nur etwa $^1/_{70}$ der Wirksamkeit von selbstbereiteten Extrakten, deren Titer für 1 g Drüsensubstanz durchschnittlich der Wirkung von 0,17 g β-Imidazol-Äthylamin entsprach. A. Weil.

16. Stern, H., Grundprinzipien der Sprach- und Stimmausbildung bei Laryngektomierten nebst einem neuen Beitrag zum Wesen des Mechanismus dieser Art von Sprachproduktion. Ges. d. Ärzte in Wien, 9. April 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 371 u. 540. 1920.

Der die Lunge substituierende Windkessel wird vom Magen gebildet, von dem die durch ructusartige Bewegungen hineingelangte Luft unter Unterstützung der Bauchpresse gegen die verengte Stelle im Pharynx getrieben wird, die als neu geschaffene vikariierende Glottis dient. Die Therapie bei Laryngektomierten besteht nun darin, den Mechanismus der Lungenatmung vom eigentlichen Sprechvorgang auszuschalten und dafür den Ructus zum Zwecke der Stimmerzeugung einzuüben. Gleichzeitig werden systematische Stimmübungen gemacht, wodurch es gelingt, die Klarheit und Modulationsfähigkeit der Sprechstimme zu fördern. J. Bauer.

17. Lilienstein, Ionentheorie und Neurologie. Neurol. Centralbl. **39**, 421. 1920.

Die Auffassung der Zelle im Gewebssaft als einer osmotischen Zelle, mit Zellplasma und Gewebssaft als Elektrolyten und der Plasmahaut als Membran (Ionensieb) wird dargelegt. Bei der Osmose treten elektrokinetische Erscheinungen auf. Die Aktionsströme (Ausdruck von Ionenverschiebungen), den fertiges, gereiztes und absterbendes Gewebe gegenüber dem ruhenden zeigt, lassen sich durch ein von Lilienstein angegebenes Handtelephon hörbar machen. Die Ionenverschiebungen sind von Bedeutung für die Wirkungen der Elektrotherapie. Bei der Galvanisation und dem Vierzellenbad kommen im wesentlichen kataphoretische und katalytische Vorgänge in Betracht. Auf den Ionenverschiebungen beruhen die Wirkungen des elektrischen Stroms, nehmen sie aber eine zu große Stärke an, so kommt es zur Schädigung der Zelle. Krambach (Berlin).

18. Lilienstein (Bad Nauheim), **Über den Ionenhaushalt des menschlichen Körpers und den Nachweis bioelektrischer Ströme.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Seit dem Aufschwung der Naturwissenschaften am Ende des 18. Jahrhunderts sind immer wieder elektrische Kräfte im menschlichen und tieri-



schen Körper gesucht worden. Aber erst durch du Bois-Reymond und Hermann in den siebziger und neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts ist der Aktionsstrom oder die negative Schwankung in lebenden Zellen und Geweben nachgewiesen worden und erst die neuere Ionentheorie hat einiges Licht über den Ursprung dieser Ströme verbreitet. Sie entstehen als „Phasengrenzkräfte" vorzugsweise an den Zellmembranen, bei der Diffusion, der Osmose der Zellen- und Gewebesäfte. Die Elektrolyte dieser Säfte rufen beim Diffundieren durch die Membranen ein elektrisches Potential hervor, indem das kleinere, schneller wandernde Ion sich von dem größeren, langsam wandernden trennt. — Die Summe aller in einem lebenden Organismus ablaufenden Ionenwanderungen, Potentialgefälle, Aktionsströme, die auf Konzentrationsverschiebungen beruhen, kann als Ionenhaushalt bezeichnet werden und hat wahrscheinlich für die Physiologie, Pathologie und Therapie eine ähnliche Bedeutung, wie der Wärmehaushalt. — Zum Nachweis dieser Ströme dienten bisher feinste Galvanometer, Capillarelektrometer, und für den Herzaktionsstrom im speziellen das Saitengalvanometer. Der Vortr. hat nun die Apparatur der Funkenstation, im besonderen das einfache Telephon, in Verbindung mit einem Unterbrecher, diesem Zwecke nutzbar gemacht und erhofft von einem Ausbau der Methode weitere Fortschritte für die Erforschung der Aktionsströme, die ja als Ionenbewegungen die Grundlage allen Lebens sind. Eigenbericht (durch Göring).

19. Koffka, K. (Gießen), **Die Abhängigkeit der Farbschwelle von der Umgebung.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Untersucht man, wieviel Farbe man zu einem schwarzen, grauen oder weißen Feld hinzumischen muß, damit dies Feld eben farbig erscheint, so findet man, daß man beim schwarzen Feld am wenigsten, beim weißen Feld am meisten Farbe braucht. Zu dieser bekannten Gesetzmäßigkeit tritt nach den Ergebnissen des Vortragenden eine zweite, die nicht das Feld in seiner Isolierung, sondern im Zusammenhang mit dem Hintergrund betrifft; sich aber nicht aus den herkömmlichen Theorien über die kontrastive Beeinflussung erklären läßt. Dies Gesetz ist nur als Struktur-Gesetz zu verstehen und ist in diesem Sinn etwa folgendermaßen auszusprechen: zwei Flächen bilden um so leichter eine Farbstruktur, je geringer ihre Helligkeits-Struktur ist. Eigenbericht (durch Göring).

20. Landauer, Karl (Frankfurt a. M.), **Physiologisches und Pathologisches vom Muskelton.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Ausgangspunkt der Untersuchungen ist die Frage, ob das Verhalten der Skelettmuskulatur bei verschiedener Innervierung sich verschieden verhält in physikalischer, chemischer und pharmakologischer Beziehung. Von der Pathologie her ist hierzu hauptsächlich nur bekannt, daß die Skelettmuskulatur nach Pyramidenläsion in eine Verkürzung gerät, die — entgegen der willkürlichen — ohne Ermüdungsgefühl, ohne Stoffwechselerhöhung, ohne Glykogenabbau unter Wasseraustritt mit Verminderung der Retraktionskraft besteht. — Der M.-T. ist 1812 entdeckt. Er tritt bei



willkürlicher Kontraktion als Summen während der ganzen Dauer auf. Im Gegensatz dazu zeigt die der Aufrechterhaltung dienende Muskulatur nur während der Bewegungsänderung ein Summen, nicht während der ruhigen Haltung (Haltetyp des M.-Summens: HS gegenüber Bewegungstyp: BS). — Von Bewegungsstörungen haben bis jetzt ergeben: BS der Negativismus; HS: die Katalepsie (hypnotische und psychotische), athetotische, choreatische Bewegung, Intentionstremor. — Hysterische und postapoplektische Contractur sind stumm; spastische Zustände, Muskelrigidität und Hypotonie beeinflussen den Ton nicht. — Fußklonus, Babinski, Parkinsonscher Tremor, Schütteltremor und Krampfzittern der Hysteriker, Muskelflimmern der Neurasthenie und Zuckungen auf galvanischen Reiz geben einen tackenden Ton. — Die akustischen Untersuchungen bringen somit eine völlige Bestätigung der elektromyographischen, jedoch mit viel einfacheren Mitteln und ohne Kostenaufwand.

Diskussion: Kleist sieht in Landauers Ausführung eine Bestätigung, daß es sich bei katatonen Zuständen nicht um eine Willensstörung, sondern um eine Innervationsstörung handelt.

21. Kolm, R., und E. P. Pick, Über das Vasomotorenzentrum des Kaltblüters. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. **87**, 135. 1920.

Während bestimmte Gifte, wie Strychnin, Pikrotoxin, β-Tetrahydronaphthylamin und Cocain beim Warmblüter nach Einwirkung auf das Zentralnervensystem Verengerung der peripheren Nerven hervorrufen, sind sie beim Frosche wirkungslos. Auch nach faradischer Reizung der isolierten Medulla oblongata und des Rückenmarkes werden am Läwen-Trendelenburgschen Präparat keine Verminderungen der Tropfenzahl beobachtet, die erst nach tetanischen Krämpfen, welche mechanisch den Flüssigkeitsabfluß hindern, eintreten. Man muß daraus folgern, daß das Vasomotorenzentrum des Frosches normalerweise viel schwerer erregbar ist als das des Warmblüters, wenn man nicht überhaupt sein Vorhandensein leugnen soll und die Regulierung des Gesamtkreislaufes dem sympathischen Nervensystem zuschreiben muß. A. Weil.

22. Duran, M., Das Verhalten von normalen, mit Schilddrüsensubstanz gefütterten und schilddrüsenlosen Ratten gegen reinen Sauerstoffmangel. Biochem. Zeitschr. **107**, 254. 1920.

Während schilddrüsenlose Tiere viel weniger empfindlich gegen Sauerstoffmangel sind als normale, wird bei Verfütterung von Schilddrüsensubstanz diese Empfindlichkeit schon nach wenigen Tagen stark gesteigert, so daß solche Versuchstiere schon Dyspnöe zeigen, wenn die Kontrolltiere sich noch vollständig ruhig verhalten. Diese Tatsachen sprechen für den gesteigerten Sauerstoffbedarf der Basedow-Kranken bei Hyperfunktion der Thyreoidea. A. Weil.

23. Diehl, E., Über die Störung der Wärmeregulation durch Kollaps machende Gifte. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. **87**, 206. 1920.

Der im Kollaps neben der Kreislaufstörung eintretende Temperaturabfall ist nicht durch periphere Vasomotorenlähmung bedingt, sondern durch direkte toxische Schädigung der zentralen Wärmeregulierung. Nach Injektion von Dysenterietoxin zeigen die Versuchstiere ähnliche Bilder wie

nach operativer Ausschaltung des Wärmezentrums nach Durchschneidung des Halsmarkes; sie werden zum Teil poikilotherm, sind empfindlich gegen Unterkühlung, reagieren aber schlecht auf Überhitzung. Während die Antipyretica in therapeutischen Dosen die Vasomotorenzentren nicht schädigen, greifen die Kollapsgifte auch bald auf diese und das Atemzentrum über. Die vorliegenden Versuche bestätigen die Anschauungen H. H. Meyers, der für die Wärmeregulation 2 besondere Zentren annimmt, ein „Kühlzentrum" und ein „Wärmezentrum"; bei dem Kollaps nach Dysenterietoxin würde nur das letztere geschädigt werden. Weil.

24. Verzár, F., Zur Frage der Permeabilitätsveränderung des Nerven bei Narkose und Erregung. Biochem. Zeitschr. **107**, 98. 1920.

Beide Vorgänge sind vom physikalisch-chemischen Gesichtspunkte aus gleichartig; in beiden Fällen wird beim Durchleiten eines konstanten Stromes durch einen Nerven die Polarisierbarkeit abnehmen und der extrapolar gemessene an- oder katelektrotonische Strom verschwinden. Ob es sich hierbei nun um eine durch Lipoidfällung bedingte Permeabilitätsverminderung handelt oder andere Veränderungen bleibt unentschieden; wesentlich ist, daß ein narkotisierter Nerv nicht mehr erregt werden kann, da ja die Veränderung, die sonst durch die Erregung erst erzeugt wurde, schon eingetreten ist, daß also, um ein altes Beispiel zu gebrauchen, die Tür nicht mehr aufgestoßen werden kann, weil sie schon offen ist. A. Weil.

25. Fröhlich, A., und H. H. Meyer, Über Dauerverkürzung der gestreiften Warmblütermuskeln. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. **87**, 173. 1920.

Die bei Arbeitsleistung eintretende tetanische Kontraktion des Skelettmuskels erzeugt bestimmte Veränderungen des Aktionsstromes, der zum Saitengalvanometer abgeleitet typische Elektrogramme ergibt. Dagegen findet man bei der Muskelverkürzung als Folge der Tetanusintoxikation, bei ähnlichen Zuständen der Paralysis agitans, der Wilsonschen Krankheit, der hemiplegischen Contractur, der Enthirnungsstarre keine Aktionsströme im Elektrogramm. Diese Beispiele konnten noch vermehrt werden durch Ableiten von Strömen von den Musculi pectorales brünstiger Froschmännchen während des Umklammerungsreflexes, von dem Musc. biceps eines Affen, der nach Injektion von Bulbocaprin, einem in der Corydalis cava vorkommenden Alkaloid, in einen kataleptischen Zustand versetzt wurde und von dem Musc. triceps eines in der Hypnose kataleptisch gemachten jungen Mädchens. In allen diesen Fällen zeigte das Saitengalvanometer erst dann Ausschläge, wenn durch passive Bewegungen des Armes oder vermehrte Belastung die Spannung des Muskels von außen her vermehrt wurde. Durch diese Feststellung des stromlosen Verkürzungszustandes quergestreifter Muskeln glauben Verff. den Beweis erbracht zu haben, daß im Zentralnervensystem eine Einrichtung, eine Sperrvorrichtung besteht, die in der Lage ist, die „quergestreiften, durch willkürlich unter Energieaufwand bewirkte Kontraktion verkürzten hypertonischen Muskeln auf einem beliebigen Verkürzungszustande unter Aufhebung der äußeren und auch inneren Arbeit festzustellen, zu sperren". Diese Sperrapparate sind aber auch in der ganzen Länge des Rückenmarkes angelegt; ihre



operative Ausschaltung z. B. bei der Tetanusvergiftung oder beim Umklammerungsreflex des Frosches läßt die stromlose Kontraktion wieder verschwinden. A. Weil.

III. Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

● 26. **Jaspers, Karl, Allgemeine Psychopathologie** für Studierende, Ärzte und Psychologen. 2. neubearbeitete Auflage. Berlin 1920, Springer. 416 S. Preis M. 28,—.

Der längst vergriffenen 1. Auflage von Jaspers Buch folgt, wohl aus äußeren Gründen, erst heute die 2. Auflage. Über Struktur und Bedeutung dieses ausgezeichneten und maßgebend gewordenen Werks braucht kein Wort mehr verloren zu werden. Noch immer bedeutet es die psychologisch am tiefsten dringende Darstellung der allgemeinen Psychopathologie — und doch: wem die 1. Auflage ein steter Anreger und Zwiesprecher in allen ihren Fragen geworden ist. wird etwas enttäuscht sein: Gerade in den praktisch wichtigsten Kapiteln (I und II) hat J. eklektisch nur einige neuere Ergebnisse der Literatur angefügt, seinen eigenen Standpunkt aber eigentlich nirgends weiter ausgebaut. So bezieht sich denn die Neubearbeitung in der Hauptsache auf theoretisch Gewinnbares. Leider wird dies auch das Schicksal des Buches bleiben, nachdem zum Leidwesen der Psychopathologie sein Verf. den Boden ihrer Empirie verlassen hat. Kehrer.

● 27. **Kronfeld, Arthur, Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis. Beiträge zur allgemeinen Psychiatrie I.** Berlin 1920, Julius Springer. 485 S. Preis M. 30.—.

Es ist bedenklich, von einem Werke, das auf mehrere Bände berechnet ist, den ersten Band allein zu besprechen. Der vorliegende Band hat logischen und methodologischen Charakter, ein späterer Band soll materialen Inhalt haben. Nun ist gerade bei logisch-methodologischen Erscheinungen ein Kriterium ihrer Fruchtbarkeit, ob sie dem Autor sich als dienlich erweisen, entweder neue materiale Erkenntnisse zu gewinnen oder das Chaos vorhandener Meinungen, Behauptungen, Tatsachen in einer materialen Darstellung zu ordnen, zu klären und in ihren Wertunterschieden sichtbar zu machen. Erst der spätere Band kann zeigen, wohin Kronfelds Gedanken führen. Ich mißtraue rein logischen Erörterungen. Es kommt mir vor, als wenn mir jemand am Ufer Vorträge über das richtige Schwimmen hält, und ich möchte doch lieber ihn schwimmen sehen — und dann auch über die Methode hören und nachdenken. Kronfeld will nun allerdings im zweiten Band uns selbst zeigen, was im Materialen aus den logischen Gedanken wird. Vorläufig aber sehen wir ihn in dem erschienenen ersten Band nur am Ufer stehen. — Doch diese Auffassung wird der des Verf. wohl kaum entsprechen. Kronfeld will „einen grundsätzlich neuen, anderen Begriff von allgemeiner Psychiatrie zur Verwirklichung bringen, als ihn die bisherige Literatur, so reich an Lehrbüchern und Synopsien sie ist, zur Geltung gebracht hat". Er will als Aufgabe „die Grundlegung, Sicherung und Begrenzung des Erkenntnischarakters und der Wissenschaftlichkeit psychiatrischer Forschung überhaupt", etwas, das alle anderen Autoren „auf eigene



Faust in der Einleitung gleichsam en passant und nebenbei erledigen". Dabei will er vor allem entgegen dem bisherigen Repertoriencharakter, wonach vielerlei zusammengestellt werde, die Psychiatrie aber nicht als einheitliche Wissenschaft „autologisch", sondern als Sammlung von allerlei Methoden und Stoffen „heterologisch" da sei, diese Wissenschaft „in der Form einer Einheit" erfassen. Mit anderen Worten: Kronfeld will eine logische Aufgabe lösen und diese muß aus dem Zentrum einer Philosophie kommen. Als diese Philosphie bekennt und empfiehlt Kronfeld diejenige von Kant und Fries, wie sie in der Schule um Nelson erneuert sei. Der Aufsatz „Geleitworte zum zehnjährigen Bestehen der neuen Friesschen Schule, 1913", S. 46—66 des Buches, ist der unmittelbarste und persönlichste des ganzen Werkes und am besten zuerst zu lesen. Es finden sich sehr viele umfangreiche Erörterungen über allgemeinphilosophische Probleme in diesem Werke, deren Beziehung zur Psychiatrie der Leser wohl zugibt, aber nicht immer gleich auch zu sehen bekommt. Man muß nicht nur, um zur Zustimmung zu kommen, sondern schon, um auch nur ernstlich interessiert zu werden, der Philosophie der Friesschen Schule zugeneigt sein. Von da aus sieht manches wunderlich aus, ohne daß man mit wissenschaftlichen Mitteln darüber ins Reine kommen könnte. So wirft Kronfeld mir vor, daß ich in meiner allgemeinen Psychopathologie nicht nur die Unmöglichkeit einer objektiven Systemeinheit behaupte, sondern auch auf deren Überflüssigkeit, ja Gefährlichkeit schließe. Man dürfe nicht auf den Leitgedanken wissenschaftlicher Systemeinheit verzichten. „Jaspers tut dies auch gar nicht, wenngleich er vorgibt es zu tun. In allem demjenigen, was er an Erörterungen der Gesichtspunkte und Methoden, der Tatsachengruppierung und der Erkenntnisförderung geleistet hat, tritt für jeden ein objektives inneres Zentrum klar zutage, wenn er dessen Existenz auch gewissermaßen offiziell bestreitet und zu verschleiern sucht; und dies Zentrum ist nichts anderes als die Idee der wissenschaftlichen Einheit psychiatrischer Forschung, deren Vollendung auch durch seine Untersuchungen zu verwirklichen versucht wird. Es mag vorsichtig sein, diese Idee nicht auszusprechen, um sich scheinbar die Vorurteilslosigkeit des Arbeitens zu wahren und nicht in konstruktive Fehler zu verfallen; wir befolgen diese Vorsicht nicht, sondern sagen was wir wollen." An solchen Behauptungen sieht man die typische Art solcher, die auf ein bestimmtes philosophisches System — besser Schema — festgelegt sind; sie schieben die Sache dem andern ins Gewissen, und unversehens sieht dieser, daß er „verschleiert" und bedenklich „vorsichtig" ist. — Bei der systematischen Absicht Kronfelds ist es zu bedauern, daß sein Werk in Form und Disposition gar nicht systematisch aufgebaut ist, sondern aus einer Folge einzelner Arbeiten besteht; ferner, daß die positive Entwicklung eigener Gedanken ganz erdrückt wird durch Referieren, Kritisieren, Reflektieren in bezug auf die Meinungen anderer. Dadurch wird die Lektüre außerordentlich erschwert. Der Wert der Arbeit scheint mir in Einzelheiten zu liegen, die man mühsam suchen muß, und dann — nach meiner subjektiven Meinung — mehr in Kritik als in positiven Aufstellungen. Der Natur der Sache nach spielt das „Vorbereiten", „Grundlegen" eine größere Rolle als



der Aufbau. Von letzterem wird im vorliegenden Bande nur noch eine Phänomenologie des Psychischen in ganz allgemeinem Sinne versucht, nämlich untersucht, wie uns Psychisches gegeben sei, im eigenen oder fremden Ich, und wie diese Gegebenheit zur Erkenntnis wird. Für den zweiten Band wird in Aussicht gestellt: eine Phänomenologie des pathologischen psychischen Materials, eine genetische Theorie des psychischen Auseinanderhervorgehens als einer dynamischen Erklärung des psychischen Geschehens, eine Typenlehre und Charakterologie. Hier muß sich konkret zeigen, wieweit Kronfeld gekommen ist. Es ist von Interesse, daß „eine materiale Übereinstimmung" seiner Auffassungen „mit denen Freuds und seiner Schule in vermutlich weiterem Umfange" als „seine Kritiker merkwürdigerweise voraussetzen", besteht. Jaspers.

28. Margulies, M., Versuch einer phänomenologischen Auswertung des Assoziationsexperiments. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 102. 1920.

„Die neuartige Auswertung der Assoziationsversuche besteht darin, daß zu jedem Versuch das mit ihm verbundene Erleben auf Grund von Vermutungen und Kombinationen dargestellt wird." Indem Verf. dieses Verfahren, das im einzelnen aus einer großen Zahl von Beispielen näher ersichtlich wird, auf einen forensischen Fall anwandte, vermochte er eine Reihe geistiger und gemütlicher Eigenschaften desselben (Sprachgewandtheit, starke Gefühlsbetonung gewisser Begriffe wie Krankheit, Hunger, Schande, Tod usw., Gefühlsseligkeit und Neigung zum Fortspinnen phantastischer und poetischer Stimmungen) richtig zu erschließen, während sich eine Anzahl anderer Vermutungen, die aus diesen Versuchen abgeleitet wurden, nicht bestätigten. Der übrige Inhalt der Arbeit besteht in der Wiedergabe des Gutachtens, das wegen unerlaubter Entfernung von der Truppe zu erstatten war, und das auf Ausschluß der freien Willensbestimmung bei dem psychopathisch veranlagten und unter infektiösen Einflüssen stehenden Manne lautete. Lotmar (Bern).

29. Sommer (Gießen), **Psychologie und Psychopathologie der Erfinder und der Erfindungen.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Sommer geht von den in psychiatrischen Anstalten öfter gemachten Beobachtungen über krankhafte Erfinderideen bei Paralytikern, Paranoikern, Schwachsinnigen und Psychopathen aus und zeigt zunächst mehrere von psychisch Abnormen hergestellte Modelle von Erfindungen. Er verlangt sodann eine wesentliche Erweiterung des Gebietes auf dem Boden der Psychologie und Anlageforschung. Als Material verwendet er unter Wahrung strengster Verschwiegenheit im einzelnen über 500 Schreiben von Erfindern, die er in der Gesellschaft zur Errichtung eines deutschen Erfindungsinstitutes studieren konnte, und gliedert die allgemeinen Gruppen, die sich in bezug auf das Verhältnis der Erfinderidee zur technischen Durchbildung und industriellen Anwendung ergeben. Vom Standpunkt der Familienforschung analysiert er sodann als Beispiele Leonardo da Vinci und Zeppelin. S. erstrebt die Organisation eines Erfindungsinstitutes auf dem Boden der psychologischen Einsicht in die Natur der Erfindungen und der Erfinder. Eigenbericht (durch Göring).



30. Schwalbe, J., Über die Aphasie der Polyglotten. Neurol. Centralbl. **39**, 265. 1920.

Ein 70jähriger Israelit spricht beim Rückgang einer Aphasie nach einem apoplektischen Insult mehrere Wochen fast nur zusammenhanglos hebräische Wörter. Allmählich Wiedereinstellen des Gebrauchs der deutschen Sprache, völliges Zurücktreten der hebräischen. Krambach.

● **31. Freud, Sigm., Die Traumdeutung.** 5. vermehrte Auflage mit Beiträgen von Otto Rank. Leipzig und Wien 1919, Deuticke. 474 S. Preis M. 25,20.

Die 5. Auflage dieses Freudschen Hauptwerks ist gegenüber den früheren wieder erheblich angewachsen, ohne deswegen mehr oder weniger zu überzeugen als die erste. Wohl einzigartig ist der Reichtum an Material aus Deutung und Geschichte der Träume, erstaunlich die Beharrlichkeit, mit der jeder Punkt des Lehrgebäudes immer von neuem gestützt wird. Und doch kann man angesichts dieser neuen Auflage nur sagen: Es wächst ins Riesenhafte — das Material, kaum irgendwo die innere Logik der Lehre. Daß von der umfassendsten und sachlichsten Kritik, die Freud und insbesondere seine Traumdeutung durch Kuno Mittenzwey[1]) erfahren hat, durch die neue Auflage nichts widerlegt wird, ist doch wohl nicht anders denn als Erstarrung der Lehre zu deuten. Die Großtaten F.s, die er der angewandten Psychologie geleistet hat, sind heute wohl unbestritten, um so schwerer wird es, den tiefen Sinn seiner Traumdeutung vom Abersinn zu trennen. Der Kern seiner Traumlehre ist heute wohl allgemein bekannt. Gleichwohl sei F.s eigene Zusammenfassung hier wiedergegeben: „Der Traum ist ein vollwichtiger psychischer Akt; seine Triebkraft ist allemal ein zu erfüllender Wunsch und seine vielen Sonderbarkeiten und Absurditäten rühren von dem Einfluß der psychischen Zensur her, den er bei der Bildung erfahren hat; außer der Nötigung, sich dieser Zensur zu entziehen, haben bei seiner Bildung mitgewirkt eine Nötigung zur Verdichtung des psychischen Materials, eine Rücksicht auf die Darstellbarkeit in Sinnesbildern und — wenn auch nicht regelmäßig — eine Rücksicht auf ein rationelles und intellegibles Äußeres des Traumgebildes." „Der Traum ist im ganzen ein Stück Regression zu den frühesten Verhältnissen des Träumers, ein Wiedererleben seiner Kindheit." Von allen Einwänden gegen seine Lehre wird nur einmal im Vorbeigehen die Behauptung, daß alle Träume eine sexuelle Deutung erfordern und die bisexuelle Deutung im Sinne von Stekel und Adler als unbeweisbare und unwahrscheinliche Verallgemeinerung bezeichnet, was F. nicht hindert, uns etwa die ebenso geistlose wie widerliche Deutungsphantastik seines Schülers Hanns Sachs über einen Traum Bismarcks vorzusetzen oder im neuen Kapitel: „Traum und Mythus" aus der ganzen Weltmythologie von Rank das und nur das herausholen zu lassen, was ohne jede Beziehung zum Traum sexualsymbolisch in Betracht kommt. Wo setzt da F. die Grenze solcher Verallgemeinerung? Kehrer.

● **32. Thalbitzer, S., Stimmungen, Gefühle und Gemütsbewegungen. Psychologische Betrachtungen und Analysen.** Mit Vorwort von Harald

[1]) Zeitschrift für Pathopsychologie.



Höffding, deutsch von E. Magnus. Neuer Nordischer Verlag. 1920. 102 S.

Das Wertvolle dieser Schrift des bekannten Verf. der „Manio-depressiven Psychose“ liegt in einer Vertiefung der Analyse der manisch-depressiven Mischzustände. Neben den bekannten „Mischformen 1. Ordnung“ unterscheidet Thalbitzer „komplizierte Stimmungen bzw. Verstimmungen 2. und höherer Ordnung“, in denen das Gefühlselement „zwei- und mehrtönig“ ist wie bei verschiedenen Formen von Zorn, Hoffnung, Sehnsucht u. dgl. oder „Lust und Unlust als dominierende Elemente der Gefühlsprozesse zeitweise in ständigem Wechsel einander ablösen und zusammenklingen, je nach dem oder den intellektuellen Elementen, die in jedem Augenblick im Vordergrund des Bewußtseins stehen, doch so, daß ständig ausklingende Gefühlstöne von verlaufenden Prozessen sich noch geltend machen können, nachdem der intellektuelle Inhalt derselben im Bewußtsein hinter anderen zurücktritt“. — Indessen kommt es in dieser Arbeit dem Verf. leider viel weniger auf diese psychologische bzw. psychopathologische Erkenntnis als vielmehr auf den „Hirnmythus“ an, daß Stimmung, Gefühle und Gemütsbewegungen in bezug auf ihre psychischen Bestandteile der Funktion von Zellen in der grauen Rindensubstanz des Großhirns, und zwar in den Gyri occipitales „soweit diese nicht vom Sehzentrum eingenommen werden“, entsprechen. „Kein Augenblick im Leben entbehrt einer gewissen Gefühlsbetonung, die dem augenblicklichen Tonus dieses Zentrums entspricht.“ „Daß gleichzeitig in einem Teil der Zellen des Zentrums erhöhte Tätigkeit, der Lust entsprechend und in einem anderen Teile herabgesetzte Funktion, der Unlust entsprechend, sein kann“, schafft die Bedingungen für jene Gefühlsmischzustände. Th. verteidigt diese erschreckend vage Neo-Phrenologie, für die er aber nicht einmal die Spur eines Überzeugungsmoments anführen kann, in einem weitläufigen Angriff gegen Lehmann und dessen Gefühlstheorie. Es ist ebenso merkwürdig wie bedauerlich, zu sehen, wie hier ein so fruchtbarer Psychopathologe im Hirn herumphantasiert. Kehrer.

● **33. Steckel, Wilhelm, Das liebe Ich.** Grundriß einer neuen Diätetik der Seele. Berlin 1920, Verlag Otto Salle. 2. Aufl. 212 S. Preis M. 6,—.

● **34. Steckel, Wilhelm, Der Wille zum Leben.** Neue und alte Wege zum Glück. Berlin 1920, Verlag Otto Salle. 143 S. Preis M. 6,—.

Beide Bücher enthalten eine lose Reihe von Plaudereien. Ihr Inhalt interessiert im Rahmen dieser Zeitschrift kaum, ihren literarischen Wert zu beurteilen, ist hier nicht Aufgabe. Wer sich für Psychoanalyse interessant, braucht sie nicht zu lesen, da sie nichts Wesentliches zu diesem Thema enthalten. Kurt Schneider (Köln).

● **35. Raue, Hans, Diesseits und Jenseits.** „Die Verbindung“. Berlin-Zürich 1920. 100 S. Preis Fr. 6,—.

Sammlung phantastisch-spiritistischer Geschichten und Verse. Ziemlich tiefes Niveau. Kronfeld (Berlin).

● **36. Thoden van Velzen, S. K., Psychoencephale Studien.** Joachimstal i. d. Mark, Selbstverlag 1920. 168 S. Preis M. 8,—.

Velzen geht abseits seines Weges. Er gehört zu den Menschen, die gerne aus allen Lebensgebieten Beobachtungen sammeln und sich ihre Ge-



danken dazu machen. Das Buch ist eine aphoristisch bunt gewürfelte Sammlung von biologischen, geschichtlichen und vor allem philosophischen Bemerkungen und Zitaten. Die Belesenheit des Verf. ist groß. Daß auch Wunderliches und Banales mit unterläuft, ist nicht erstaunlich. Wer Geschmack für originelle Persönlichkeit hat, wird gern ein wenig in dem Buch blättern. V. sagt: „Wenn von jedem philosophischen Werke 10 Sätze richtig wären und diese stets andere Themata betreffen würden, dann hätten wir eine herrliche Philosophie.“ Kretschmer (Tübingen).

● 37. **Verworn, Max, Die Entwicklung des menschlichen Geistes.** Ein Vortrag. Jena 1920, Gustav Fischer. 4. Aufl. 66 S. Preis M. 3,60.

Dem Verf. schwebt eine Art von Archäologie und Paläontologie der menschlichen Psyche vor, an deren Entwurf er sich von seinem bekannten philosophischen Standpunkte aus heranmacht. Er unterscheidet 3 Zeitalter: das des sinnlich impressionistischen Geistes (Tertiärzeit), das des naiv praktischen Geistes (spätes Tertiär und Diluvium), und das des theoretisierenden Geistes bis zur Gegenwart. Das Ganze ist ein typischer Versuch, eine willkürliche Konstruktion ohne jede empirische Beglaubigung in ein dunkles Gebiet hineinzutragen. Kronfeld (Berlin).

38. **Giese, Fritz, Das psychologische Übungszimmer.** Diese Zeitschr. **58**, 133. 1920.

Verf. will an Stelle der praktisch jetzt oft undurchführbaren Arbeitswerkstätten psychologische Übungszimmer einführen, in denen die verschiedensten Funktionen nach experimentell-psychologischen Methoden geübt werden. Er schildert an der Hand von Abbildungen eine große Reihe von teils älteren, teils eigenen Methoden und Apparaten. Kurt Schneider.

● 39. **v. Schrenk-Notzing, Freiherr A., Physikalische Phänomene des Mediumismus.** Studien zur Erforschung der telekinetischen Vorgänge; mit 15 Tafeln und 33 Strichzeichnungen im Text. München 1920, Verlag Ernst Reinhardt. X u. 201 S. Preis brosch. M. 30,—, geb. M. 39,—.

Das Buch behandelt die Fernwirkung auf unberührte leblose Objekte und will dies naturwissenschaftlich-biologisch, also nicht nach Art des Spiritismus durch Eingreifen von Geistern erklären. Der erste Abschnitt gibt ein Referat über die Arbeiten des Warschauer Professors Ochorowicz, die allerdings noch stark spiritistisch durchsetzt sind. Er bemerkte bei einem Medium, der Stanislawa Tomczyk, als sie in hypnotischem Zustand einen Taschenkalender, ohne ihn zu berühren, hob, „eine fadenartige Verbindung, die, das Objekt haltend, von Hand zu Hand lief“. Er nahm an, daß der lebhafte Wunsch, den Gegenstand zu heben, einen „medianimen“ Faden erzeugt habe, und nennt diesen Vorgang „materielle Idioplastik“. Neben diesen mechanisch wirkenden Strahlen nahm er noch eine zweite Gattung von Strahlen an, die ebenfalls dem Einfluß der Gedanken gehorchend, auch auf photographische Platten wirken und ein starkes Durchdringungsvermögen besitzen. Der Verf. experimentierte mit demselben Medium und veröffentlicht eine lange Reihe von Sitzungsprotokollen, denen mehrere Photographien beigegeben sind. Auch er fand die Tatsache, daß die Tomczyk kleinere Gegenstände ohne Berührung in Bewegung



setzen konnte, und zwar so, „wie wenn der Gegenstand durch eine unsichtbare, aber doch materielle Verbindung von Hand zu Hand geschoben würde". Alle die naheliegenden Einwände, vor allem der, daß ein „wirklicher" Faden verwendet würde, werden zugunsten der Annahme von aus dem Körper herauswachsenden, ziehenden und schiebenden „organischen Kraftlinien" abgelehnt, insbesondere auf Grund photographischer Vergrößerungen dieser mitunter sichtbaren „Pseudopodien", und Vergleichungen mit Zwirn, Haar, Seide. Zur Erklärung der meisten Experimente ist die Annahme eines ganzen Systems solcher emanierter Fäden notwendig. Ein weiterer Abschnitt behandelt Versuche mit dem gleichfalls nur in hypnotischem Zustand tätigen berühmten Medium Eusapia Paladino, die insbesondere Tische hob, und zwar ebenfalls mittels „plasmaartiger Efflorescenzen", pseudopodienartiger Hervorwüchse, die den Übergang bilden zu der Erzeugung völlig materialisierter Schöpfungen. Beobachtungen über physikalische Phänomene an Privatmedien schließen sich an. Komplizierte Untersuchungen ergaben, daß bei Tischelevationen das Gewicht des Mediums mindestens um dasjenige des Tisches zunimmt. Ein Referat über telekinetische Untersuchungen des Engländers Crawford gibt an der Hand vieler Zeichnungen dessen mechanische Theorien über das Phänomen des gehobenen Tisches wieder; auch hier werden „biegsame, rutenartige Projektionen", die das Medium aus seinem Körper heraustreten läßt, angenommen. Die Materie selbst fühlt sich „kalt, klebrig und reptilienartig" an. Zum Schluß werden noch verwandte Beobachtungen des Franzosen Geley mitgeteilt. — Relata refero! Kurt Schneider (Köln).

● **40. v. Muralt, Alexander, Ein Pseudoprophet. Eine psychoanalytische Studie.** München 1920, Verlag von Ernst Reinhardt. 84 S.

Schilderung eines interessanten Falles von überwertiger Idee mit den Fermenten einer charakterogenen „Paranoia", bei welchem zwar alle Zusammenhänge in psychologisch kontinuierlicher Entwicklung als reaktive deutbar bleiben, den Bleuler aber auf Grund seiner persönlichen Kenntnis doch als Schizophrenie bewertet. Verf. gibt eine Traumanalyse nach Freudscher Art mit vielen feinen und verständnisvollen Einzelheiten. Andererseits kann er sich doch nicht ganz von den Dogmen der Symbolik freimachen, die mitunter seltsame Blüten treibt: „Die ‚mütterliche Anstaltsatmosphäre' wird ihm zum Symbol der inzestuösen Wünsche und erhält nun jene Macht über ihn, die eigentlich dem inzestuösen Wunsch gehört, dort aber wegen der Verdrängung nicht bewußt wird." Oder: „Was bedeutet die Puppe? Konkret verstanden ergibt sich kein Sinn. Wir müssen sie deshalb symbolisch verstehen als ein passendes Bild für etwas in des Träumers Seele und kommen zum Schluß, daß in Huber selber Kräfte sind, die sich noch in einem unvollkommenen, einem Puppenstadium befinden und der liebevollen Pflege bedürfen, um zur Reife zu gelangen . . . Es ist sehr sinnreich, daß die Puppe einer Knospe täuschend ähnlich auf einem Weinstock liegt. Die allgemeine symbolische Bedeutung des Weines ist nach Jung die des Fruchtbarkeitstrankes, des überschäumenden dionysischen Lebens, des trunkenmachenden Geistes, aber auch des Spermas, der Sexualität. In dieser Puppenknospe liegen also wohl solche berauschenden sexuellen Kräfte



begraben, die unserem Patienten so nötig wären. Er kennt ja den Wein noch gar nicht — obschon er nicht abstinent ist — und trinkt am liebsten Milch, man möchte sagen Muttermilch." Kronfeld (Berlin).

● **41. Schackwitz, Alex, Über psychologische Berufseignungsprüfungen für Verkehrsberufe.** Berlin 1920, Julius Springer. 181 S. Preis M. 38,—.

Nach einer eingehenden und fast übertrieben scharfen Kritik der psychologischen Eignungsprüfungen im allgemeinen und ihrer unzulänglichen Grundlagen und Voraussetzungen, sowie der Münsterbergschen und Sternschen Straßenbahnführereignungsprüfungen im besonderen, wobei insbesondere des Verf. Ausführungen über die Eignungsprüfung für Eisenbahnpersonal in Sachsen viele bedeutsame Gesichtspunkte enthalten, folgt eine eigene Versuchsanordnung zur Eignungsprüfung von Straßenbahnführern. Sie unterscheidet sich grundsätzlich nicht von den verschiedenen Modifikationen, welche Kehrs grundlegende Versuchsanordnung zur experimentellen Untersuchung einer kontinuierlichen Aufmerksamkeitsleistung im Hinblick auf derartige praktische Zwecke bereits erfahren hat, und stellt insofern nicht den Fortschritt dar, den man auf Grund der Kritik des Verf. eigentlich erwarten müßte. Immerhin ist sie technisch fein und interessant. Verf. prüfte 67 Prüflinge, deren Protokolle er mitteilt, und ist als erster in der Lage, an diesem großen Material einen Vergleich anzustellen zwischen dem Prüfungsergebnis und der tatsächlichen Bewährung der Prüflinge im Führerberuf. Sein Auswertungsverfahren ist insofern besonders vorsichtig, als er nur die Resultate der zweiten Prüfungshälfte benutzt und einen Prüfling für tauglich erklärt, bei dem die Mehrzahl der Reaktionen richtig ausfällt. Es ergibt sich, daß in 66% der Fälle das Prüfungsergebnis und das Urteil über die praktische Bewährung im Beruf zusammentreffen. Die Prüfung selber ergibt bei beiden Geschlechtern weitgehende Übereinstimmung besonders auch in den zeitlichen Einzelleistungen. Lediglich die subjektive Einstellung auf das Prüfungserlebnis war bei den Frauen eine andere und enthielt gewisse Hinweise auf deren mindere Eignung für den Führerberuf, die ja auch durch die Praxis sich weitgehend bestätigt haben. Kronfeld (Berlin).

42. Schütz und Wittmann, Zur quantitativen Auswertung der Ergogramme. Arch. f. d. ges. Psych. **36**, 461. 1917.

Verff. untersuchen die Fehlerquellen, die bei der quantitativen Auswertung der Leistungen der im Ergographen arbeitenden Muskulatur zu berücksichtigen sind. Sie weisen nach, daß es nicht angeht, die einzelnen Hubarbeiten allein durch die Höhen der Kurve zu messen und diese zu summieren. Wegen des ungleichmäßigen Arbeitsrhythmus und der variablen Zeit, in denen sie geleistet wird, läßt sich schon für eine einzige Hubleistung kein auch nur einigermaßen sicheres Maß angeben. Küppers.

43. Löwenstein, Otto, Über die Anwendbarkeit psychophysischer Methoden in der Psychiatrie. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 348.

Vortrag über experimentell-psychologische Ergebnisse und Fragestellungen. Eugen Kahn (München).



44. Goerrig, M. Antonie, Über den Einfluß der Zeitdauer auf die Größenschätzung von Armbewegungen. Arch. f. d. ges. Psych. **36**, 293. 1917.

Durch Versuche mit dem St: erringschen Kinematometer stellt Verf. in Übereinstimmung mit Erismann fest, daß die Größenschätzung der bei einfachen Körperbewegungen durchlaufenen Strecken nicht unmittelbar von der Auffassung der zum Durchlaufen notwendigen Zeit abhängig ist. Es besteht nur ein Nebeneinfluß der Zeitschätzung auf die Beurteilung, der aber bei kleinen wie bei großen Strecken gering ist und mit wachsender Übung abnimmt. Stärkere Muskelkontraktion beim Durchfahren großer Strecken führt zu einer Überschätzung dieser Strecken, die aber durch große Übung korrigiert werden kann. Küppers (Freiburg i. B.).

45. Nachmansohn, M., Zur Erklärung der durch Inspiration entstandenen Bewußtseinserlebnisse. Arch. f. d. ges. Psych. **36**, 255. 1917.

Die Zustände der Inspiration werden erklärt durch die Annahme einer vorhergegangenen „Binnenarbeit", deren Resultate plötzlich zum „apperzeptiven Bewußtsein" kommen, nachdem der durch „Verdrängung" entstandene Damm durchbrochen ist. Die Auffassung wird durch Selbstbeobachtungen von Jakob Böhme, Otto Ludwig u. a. belegt.

Küppers (Freiburg i. B.).

46. Storch, Alfred, Zur Psychologie und Pathologie des Selbstwerterlebens. Arch. f. d. ges. Psych. **37**, 113. 1918.

In mustergültiger Form gibt Verf. eine äußerst gehaltreiche Übersicht über die Hauptformen des Selbstwerterlebens und ihre Entwicklung. Bei den „selbstwertunsicheren" Menschen werden unterschieden der Typus des „Selbstwertempfangenden". („Er lebt von der fremden Einschätzung und verliert sein Selbstvertrauen, sinkt in ‚Selbstwertleere', wenn ihn Geringschätzung trifft, oder vielleicht schon, wenn die fremde Wertschätzung einem Dritten gilt.") und des „Wertvergleichenden" („Nicht aus sich, aus seiner Seinsart oder seinen Taten schöpft dieser Menschentyp seine Selbstachtung, sondern aus dem Vergleich mit den Schwächen und dem Versagen anderer"). Die Selbstwertunsicheren betätigen sich in den mannigfachsten Weisen der „Selbstwertsuche", im Umlügen der Werte (Ressentiment), in der „Selbstwertdarstellung." „Alle Selbstwertdarstellung beruht auf einer spezifischen Täuschung: Daß die Werte der eigenen Person für das fremde Leben erst erschaubar würden, wenn ihr Vorhandensein durch Leistungen irgendwelcher Art bewiesen werde." Eine besondere Nuance erhalten die Typen der Selbstwertunsicherheit, wenn es zur Erzeugung lebhafter „Selbstwertbilder" kommt, wie bei der Eitelkeit und beim Selbsthaß. — Da das Original selbst in den knappen Formen eines Referats gehalten ist, ist es nicht möglich, in wenigen Zeilen ein Bild von der Reichhaltigkeit der schönen Arbeit zu geben. Küppers (Freiburg i. B.).

47. v. Hoesslin, J. K., Das Gesetz der spontanen Nachahmung. Arch. f. d. ges. Psych. **38**, 1. 1919.

Die Erscheinungen der Nachahmung werden mit der durch Ähnlichkeit bedingten Reproduktion von Vorstellungen verglichen. Über diese wird zusammenfassend gesagt: Die suprasensuelle, synthetisch erzeugte Gestalt, als das identische Moment bei ähnlichen Vorstellungen, habe die Tendenz,



„Vorstellungselemente ins Leben zu rufen, die geeignet sind, als stofflicher Gegenstand diese formale Gestalt zu verkörpern, selbst dann, wenn diese Vorstellungskomplexe niemals vordem in diesem Zusammenhange erlebt worden sind". Bei den spontanen Nachahmungen des alltäglichen Lebens, wie beim Gähnen, Lachen usw., ist nach Ansicht des Verf. das die Mitbewegung Erregende „die außersinnlich erfaßte Gestalt einer Bewegung, die durch irgendeine optische oder akustische Wahrnehmung vermittelt worden ist", — „welche außersinnliche Gestalt nun in ihrem Drange nach versinnlichender Äußerung diejenigen motorischen Nerven erregt, die die dem Vorstellungsbild analogen Muskelgruppen innervieren". Die übrigen Auseinandersetzungen sind nicht klarer und zeigen nur, wie man einfache Zusammenhänge verdunkeln kann, wenn man sie in einem schlechten assoziationspsychologischen Jargon wiedergibt. Küppers.

48. Benussi, V., Versuche zur Analyse taktil erweckter Scheinbewegungen. Arch. f. d. ges. Psych. **36**, 59. 1917.

Benussi untersucht die bei kinematographischer Darbietung optischer und taktiler Reize entstehenden Scheinbewegungen. Gegenüber der Auffassung von Wertheimer besteht Benussi darauf, daß es sich nicht um den Eindruck einer an nichts haftenden Bewegung, einer Bewegung ohne Objekt, handelt, sondern um „anschauliche Bewegungserlebnisse ohne sinnliche Objektanschauung". Bewegungserlebnis und Sinneserlebnis sind zu trennen. Die Bewegung wird außersinnlich vermittelt. Subjektiv ist eine notwendige Vorbedingung für das Auftreten der Erscheinungen, daß die Phasen durch die Aufmerksamkeit überspannt werden. Geistige Ermüdung kann eine ursprünglich durch Zusammenhangsbewußtsein erweckte Scheinbewegung verdrängen. — Die speziellen Ergebnisse der reichhaltigen Abhandlung müssen im Original nachgesehen werden. Küppers (Freiburg i. B.).

49. Binnefeld, Maria, Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Bewegungsempfindungen des Auges bei Vergleichung von Streckengrößen im Hellen und im Dunkeln. Arch. f. d. ges. Psych. **37**, 129. 1918.

Eine sehr sorgfältige experimentelle Untersuchung zur Entscheidung der alten Streitfrage nach der Bedeutung der Augenbewegungsempfindungen für die Auffassung von Abständen im Gesichtsfeld. Bei Versuchen im Dunkeln unter Ausschluß aller Vergleichsobjekte erwies sich die Unterschiedsempfindlichkeit für von einem isolierten Lichtpunkt durchlaufene Strecken als größer wie bei entsprechenden Versuchen im Hellen. Da die Schätzungen im ersten Falle sich allein auf Augenbewegungsempfindungen stützen konnten, ist damit die ausschlaggebende Rolle des kinästhetischen Faktors bewiesen. Dem Netzhautbild kann nicht mehr die überragende Bedeutung zuerkannt werden, wie Hering u. a. es getan haben. Vielmehr kommt die alte Lotzesche Theorie wieder zu Ehren, nach der wir die Abstände schätzen auf Grund der Erfahrungen, die wir mit den Bewegungen gemacht haben, die wir zur Überwindung der Abstände benötigen. Die durch den Anblick einer Strecke reflektorisch ausgelöste Tendenz zum Durchlaufen der Strecke ist das subjektive Maß ihrer Größe. Die gemachten Erfahrungen wirken in den Lokalzeichen der Netzhaut nach und machen die Schätzung auch bei ruhendem Auge möglich. Aus



den Versuchen ergibt sich ferner, daß die Streckenschätzungen weder auf Zeitschätzungen zurückgeführt werden können, noch durch die Dauer etwaiger Bewegungen des Objekts wesentlich beeinflußt werden. Eine besondere Anspannung der Aufmerksamkeit bei der Streckenschätzung wirkt nachteilig, weil dabei die Bewegungsempfindungen durch Spannungsempfindungen überdeckt werden. Küppers (Freiburg i. B.).

50. Schultz, J. H. [Jena („Weißer Hirsch" b. Dresden)], **Über Altersgruppen bei psychologischer Leistungsprüfung Nervöser.** Deutscher Verein für Psychiatrie. Hamburg, Mai 1920.

Psychologische Leistungsprüfungen bei nervösen Kriegsteilnehmern sind vorwiegend mit der Kraepelinschen Additionsmethode vorgenommen (Isserlin, Rehm, Busch, Voss). Ferner wurde der Assoziationsversuch vielfach benutzt (Voss, Stern, Engelen, Stockmeyer, Kehr). Die folgenden Untersuchungen unterstanden der Frage, wieweit bei nervösen Kriegsteilnehmern Gedächtnisstörungen nachweisbar sind, und der Aufgabe, eine möglichst einfache Reihe von Methoden zusammenzustellen, welche erlaubten, diese Fragen zu beantworten. Es handelt sich nicht um Forschungsexperimente, sondern um Prüfungsexperimente im Sinne von W. Stern (Hamburg). Da Ranschburg in seinen über viele Jahre ausgedehnten sorgfältigen Studien mit der Wortpaar-Treffer-Methode Merkstörungen auch bei Nervösen nachwies, schien es von Interesse, eingehendere Untersuchungen über das Lernen von sinnlosen und sinnvollen Silben anzustellen, die entsprechend der von Aschaffenburg, Ranschburg u. a. geäußerten Auffassung — daß bei Lernstörungen Nervöser auch Aufmerksamkeitsschwankungen von wesentlichem Einfluß sind —, durch einen einfachen Aufmerksamkeitsversuch ergänzt werden (Bourdon). Das Krankenmaterial entstammte dem vom Vortr. im Westen geleiteten Genesungsheim mit zuletzt ca. 2000 Betten. Der Versuch zerfiel in einen Vor- und einen Hauptversuch. Im Vorversuch wurden 4 sinnlose Silben, 7 Einzelziffern und ein Merksatz von 10 Einheiten zum Merken gegeben, und die Versuchspersonen angewiesen, die Monatsreihe rückwärts aufzusagen. Im Hauptversuch wurden 10 sinnlose Silben langsam vorgesprochen, die Versuchsperson angewiesen zu wiederholen und dann durch 2 Minuten indifferentes Gespräch abgelenkt. Das Vorsagen der Silben geschah 10 mal, es wurde dann unwissentlich nach 5 Minuten und nach 24 Stunden freie Reproduktion vom Kranken gefordert. Ebenso wurden 10 unverwandte einsilbige Sinnworte vorgesprochen und anschließend ein Auszähltext mit 10×60 kleinem „e" vorgelegt (ähnliche Versuche bei Cimbal). Die Durchführung des Versuches erforderte etwa 2 Stunden und wurde nach Möglichkeit bei jedem Fall vierwöchentlich wiederholt. Aus dem umfangreichen Material wurden 200 nach allen Richtungen einwandfreie Fälle ausgewählt und nach Resultaten genau errechnet. Es ergab sich gute Übereinstimmung mit der klinischen Beobachtung. Normale Personen leisteten den Versuch glatt. Bei ihnen zeigten sich die Versuchspersonen unter 25 Jahren am besten hinsichtlich der mechanischen Merkfähigkeit. Von 25—35 Jahren waren die Leistungen etwas geringer, jenseits 35 Jahren war das rein mechanische Haften deutlich herabgesetzt. Diese Altersgruppen ließen sich auch

bei einer Reihe von Krankheitsgruppen nachweisen, namentlich hinsichtlich des Frischmerkens, so z. B. bei der echten Kriegserschöpfung (Exhaustio). — Vortr. empfiehlt an der Hand von zahlreichen Kurven und Tabellen die Anwendung systematischer einfacher Merk- und Lernprüfungen für die Beobachtung, Behandlung und Begutachtung funktionell nervöser Zustände; selbstverständlich können alle derartigen Untersuchungen nur als Ergänzung im Rahmen des gesamten klinischen Arbeitens irgendwelchen Wert beanspruchen und müssen dauernd in engster Fühlung mit allgemein klinischer Beobachtung überprüft und kontrolliert werden. Bei dieser Verwendung und entsprechend kritischer Beurteilung sind sie geeignet, das klinische Arbeiten wesentlich zu unterstützen, namentlich da sie imstande sind, kleinere klinische Differenzen hinsichtlich Erholung, Ermüdung, Sinneinfluß beim Merken (Aschaffenburgs assoziatives Gedächtnis), periodische psychische Schwankungen und vieles andere mehr objektiv festzulegen. In enger Fühlung mit dem gesamten klinischen Arbeiten werden die beiden Hauptgefahren psychologischer Leistungsprüfungen bei Nervösen sich gut vermeiden lassen: voreilige Ablehnung und einseitige Überschätzung. (Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle.)

Eigenbericht, besorgt durch A. Jakob (Hamburg).

IV. Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie.

51. Fleischer, Julius, Springende Pupille bei Veronalvergiftung. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 630.

Verf. sah bei einer akuten Veronalvergiftung (10 g) innerhalb 36 Stunden während der Bewußtlosigkeit abwechselnd enge und weite Pupillen bei Fehlen der Lichtreaktion und des Hornhautreflexes. Eugen Kahn.

52. Lindstedt, Folke, Zur Kenntnis der Ätiologie und Pathogenese der Ischias. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 688.

Verf. hält dafür, daß die Schmerzen bei Ischias Irradiationscharakter haben, daß die Ischias in den allermeisten Fällen „sekundärer" Natur (auf dem Boden einer „neuralgischen Veränderung") sei, deren periphere (auslösende) Ursache sich in der Regel nachweisen lasse. Eugen Kahn.

53. Blumenthal, Walter, Erkrankung des Halsmarks im Frühstadium der Syphilis unter dem Bilde der Syringomyelie. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 912.

Mitteilung eines Falles. Eugen Kahn (München).

54. Stern, Arthur, Über Eigentümlichkeiten des Herpes zoster (Rezidive, Kombination mit Facialislähmung, Äquivalente). Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 832.

Mitteilung eines einschlägigen Falles. Eugen Kahn (München).

55. Kranz, P., Über die Hutchinsonschen Zähne. Erwiderung auf die Abhandlung von Dr. Heinrich Davidsohn (vgl. Referat). Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 773.

„Der Hutchinson-Zahn ist nur bedingt luetischer Genese"; pathognomonisch ist er nicht. Verf. nimmt an, daß allen Zahnhypoplasien innersekre-



torische Dysfunktionen zugrunde liegen, auch den Zahnhypoplasien bei kongenitaler Lues. Eugen Kahn (München).

56. Feilchenfeld, Leopold, Über akute und chronische Vagotonie. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 627.

Verf. berichtet über 25 Fälle, die er folgendermaßen einteilt: 1. Akute Vagotonie mit anfallartigen Vaguskrämpfen, 2. chronische Vagotonie (latenter Zustand), 3. paroxysmale Tachykardie (Vagusschwäche), 4. akute Vagotonie bei Herzmuskelschwäche. Eugen Kahn (München).

57. Böttner, A., Ein Fall von atypischer Muskelatrophie. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 620.

Mitteilung eines Falles. Eugen Kahn (München).

58. Berlit, B., Ein Fall von Schenkelnervneuritis in Verbindung mit Ischias, bisher als Hysterie angesprochen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 21. 1920.

Daß Fehldiagnosen dieser Art öfters vorgekommen sein dürften, ist dem Verf. ohne weiteres zuzugeben. In dem vorliegenden interessanten Falle erscheint mir eine solche Fehldiagnose nur wahrscheinlich, aber nicht sicher nachgewiesen. Die Muskelatrophie kann ebensogut eine Inaktivitätsatrophie gewesen sein, man lese nur die Ausführungen von Kehrer über diesen Punkt nach. Ein elektrischer Befund wird nicht mitgeteilt. Daß eine Hypästhesie („Nadelstiche — werden links — undeutlicher als rechts empfunden"), mag sie sich noch so streng an den anatomischen Bezirk eines Nerven halten, bei einem Kranken, der 4 Jahre lang in Lazaretten behandelt und von Nervenärzten unzähligemal untersucht worden ist, nicht differentialdiagnostisch verwendet werden kann, scheint mir ohne weiteres einleuchtend. Schmerzen, Lasègue, Druckempfindlichkeit sind keine objektiven Symptome. Bleibt das Fehlen des einen Fußsohlenreflexes, was mir aber nicht genügend erscheint, die organische Natur des Leidens sicherzustellen. Daß aus der „nichthysterischen" Art des Kranken gerade bei den monosymptomatischen Hysterien keine Schlüsse gezogen werden können, ist ja gut bekannt. Ein anderes ist, wie man sich zur Frage der Erwerbsbeschränkung in einem Falle, wie der vorliegende, zu stellen hat. Ich bin durchaus der Ansicht des Verf., daß hier eine Erwerbsbeschränkung von $33^1/_3$% zuzubilligen war, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob eine Neuritis oder ein funktionelles Leiden vorliegt. Denn eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ist nun einmal da, und die Art des Mechanismus, durch den sie herbeigeführt worden war, ändert nichts an der Tatsache der Beeinträchtigung. Und was die Heilungsaussichten anbelangt, so erscheinen sie mir bei einer Neuritis sogar besser, als bei einer im Laufe von 4 Jahren fixierten funktionellen Erkrankung. Klarfeld (Breslau).

59. Hirsch, F., Epilepsie-Tetanie bei Lues. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 76. 1920.

35jähriger Mann, hereditär unbelastet, stets gesund gewesen, akquiriert eine Lues. Im Anschluß an die Infektion erkrankt er an Schwindelanfällen, öfterem Bewußtseinsverlust mit Sturz. Allmählich sehr vergeßlich, schwer besinnlich, starkes Schwitzen, Haarausfall, Durchfälle. Enorm starke Behaarung des ganzen Körpers, Schmelzdefekte der Zähne, Bißnarben auf der Zunge, positiver Chvostek,



starke Dermographie, Puls 80—100, röntgenologisch nachgewiesene stark erhöhte Motilität im Bereiche des Magen-Darmkanals. Anfälle mit Bewußtseinsverlust, Sturz, initialem Schrei, tonisch-klonischen Krämpfen, Lichtstarre der Pupillen, Zungenbiß, Urinabgang; nach 4 Minuten Dauer des Anfalls symmetrisch bilateraler tonischer Krampf der Extremitäten, Geburtshelferstellung der Hände, Beugung der Arme im Ellenbogen, Adduction im Schultergelenk. Nach dem Anfall Chvostek, Trousseau, Erb, erhöhte Magenacidität. Im Blut 47% Polynucleäre, 44% Lymphocyten, 8% Eosinophilie, 1% Übergangsformen, auffallend viel Blutplättchen. Liquorbefund ohne Besonderheiten, WaR. negativ, auch im Blut. Sehr reizbar, impulsiv, initiative- und interesselos, Herabsetzung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Tod durch Leuchtgasvergiftung, akquiriert im Dämmerzustand. Die Obduktion ergab keinen positiven Befund, bei der mikroskopischen Untersuchung des Zentralnervensystems fanden sich nur Veränderungen in den motorischen Vorderhornzellen des Rückenmarkes (Schwellung der Zellen und der Plasmafortsätze, Chromatolyse).

Der Verf. nimmt in diesem Falle eine einheitliche Erkrankung, eine Epilepsie-Tetanie auf parathyreogener Grundlage an; eine Kombination genuiner Epilepsie mit Tetanie erscheint ihm unwahrscheinlich. (Die endokrinen Drüsen sind nicht anatomisch untersucht worden.) Das ätiologische Moment der Nebenschilddrüsenerkrankung ist in diesem Falle wahrscheinlich in der Lues zu suchen. Die Schmelzdefekte der Zähne dürften auf eine bis dahin latent gebliebene Insuffizienz der Parathyreoidea hinweisen. Der Kalkstoffwechsel des Zentralnervensystems werde durch ein Hormon der Epithelkörperchen reguliert, nach dessen Ausfall ein Kalkmangel des Organismus einsetze und eine Krampfdisposition schaffe. Andererseits wirke die Kalkarmut des Zentralnervensystems sensibilisierend auf das hypothetische Tetaniegift. Auf diese Weise könne sowohl die Epilepsie als die Tetanie aus der Nebenschilddrüsenerkrankung erklärt werden.

Klarfeld (Breslau).

60. Müller, H. A., Über einen Fall von Encephalomyelomeningitis typhosa. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 168. 1920.

Der Verf. berichtet ausführlich über einen in der psychiatrischen Klinik zu Jena beobachteten und mikroskopisch untersuchten Fall von hämorrhagischer Meningoencephalomyelitis, dessen Ätiologie durch den Nachweis von Typhusbacillen im Lumbalpunktat sichergestellt worden war. Im Anschluß daran bespricht der Verf. an der Hand sorgfältig zusammengestellter Literatur die nervösen Komplikationen des Typhus abdominalis nnd deren pathologische Anatomie. Klarfeld (Breslau).

61. Stähle, E., Der Reflexablauf an der Großzehe. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 198. 1920.

Die Reflexbahn der Großzehe setzt sich aus zwei Teilen zusammen: dem rein spinalen, kurzen Reflexbogen und langen, übergeordneten, in den Pyramidensträngen verlaufenden Hemmungsbahnen. Der rein spinale, ungehemmte Reflex erfolgt in Form einer Dorsalextension der Großzehe, und hat nach Ansicht des Verf. den physiologischen Sinn einer Fluchtbewegung; beim gesunden erwachsenen Menschen greift aber der Einfluß der langen Bahnen hemmend ein und sistiert die Fluchtbewegung oder wandelt sie in eine Abwehrbewegung in Form von Plantarflexion um. Die langen Bahnen entwickeln sich beim Menschen erst im Laufe des extrauterinen Lebens, so daß das Kind im ersten Lebensjahre noch normaler-



weise die Dorsalextension aufweist. Es gibt aber auch gesunde Erwachsene, meistens degenerative Individuen, bei denen die Hemmungsbahnen nicht im normalen Ausmaß das Übergewicht über den spinalen Mechanismus erlangt haben, und die daher beim Auslösen des Babinski-, Oppenheim- usw. Zeichens eine Dorsalextension der Großzehe aufweisen (Pseudo-Babinski, Pseudo-Oppenheim usw.) Es handelt sich hier um eine Entwicklungshemmung, einen Infantilismus der Hemmungsbahnen. Bekanntlich kann man hier und da eine Dorsalextension auch ohne Läsion der Pyramidenbahn bei sonst Normalen erzielen, wenn im Bereiche der unteren Extremitäten ein starker Schmerzreiz gesetzt wird, ganz besonders dort, wo die Auslösung der Großzehenzeichen mit Schmerzen verbunden ist. Die Zuleitung des überwertigen sensiblen Schmerzreizes bewirkt hier ein Überspringen des Reflexes in den kurzen spinalen Bogen, oder es überwiegt momentan der spinale Mechanismus, weil er den kürzeren Weg hat. Es handelt sich hier um eine förmliche Umstimmung der Reflexbahn, denn häufig weisen auch diejenigen Zeichen, deren Auslösung nicht schmerzhaft ist, eine Dorsalextension auf, wenn nur die Auslösung eines einzigen Zeichens in den Bereich der schmerzhaften Zone fällt. Eine Dorsalextension hat der Verf. auch in 2 Fällen von postdiphtherischer Neuritis gesehen, was er mit einer Schädigung der Reflexbahn durch Toxine erklärt. Dieselbe Erklärung gilt auch für die bei Cholämie beobachtete Dorsalextension. Klarfeld (Breslau).

62. Schwab, O., Untersuchungen zu einem Gesetz der Lähmungstypen. Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. **66**, 129. 1920.

Die Lokalisation einer Lähmung wird in erster Linie durch den Ort und die Ausdehnung der anatomischen Läsion bedingt; daneben aber machen sich auch funktionelle Momente geltend, die bald im individuellen Verhalten des Kranken, bald in generellen, alle Menschen gleichmäßig betreffenden Verhältnissen ihren Ursprung haben. Der Verf. hat sich nun bemüht, an einem größeren Material von Kriegsverletzten die funktionellen Momente genereller Art aufzudecken, durch die die peripheren motorischen Lähmungen mitbeeinflußt werden. Seiner Ansicht nach ist in der Funktion der Muskeln die Ursache des Lähmungstyps zu suchen. Bei gleichartiger Schädigung ihrer Nerven und Zentren weisen die einzelnen Muskeln eine verschiedene Widerstandskraft auf; die mittelbare Ursache dieses verschiedenen Verhaltens ist in der Art ihrer Funktion zu suchen. Der Verf. teilt übereinstimmend mit Lange die Muskeln der Art ihrer Funktion nach in Kraft- und Dauermuskeln ein. Als Kraftmuskeln bezeichnet er diejenigen Muskeln, die im täglichen Leben zuweilen in der Zeiteinheit große Kraftleistungen, Widerstandsleistungen vollbringen; als Dauermuskeln diejenigen, die zwar häufig arbeiten im täglichen Leben, aber immer mit nahezu gleicher Kraft. Als Typus der Kraftmuskeln können der Triceps und der Brachioradialis gelten, als Typus der Dauermuskeln die Peronei. Die Kraftmuskeln arbeiten zeitweise mit größter Kraft, gewöhnlich aber nur mit einem ganz geringen Bruchteil ihrer möglichen Leistung, wenn sie, ohne Widerstände zu überwinden, funktionieren. Die Dauermuskeln dagegen arbeiten ständig mit einer Leistung nahe der

mittleren und somit mit einem sehr großen Bruchteil ihrer Höchstleistung, wenn sie auch fast nie die Maximalleistung erreichen. Dieser Unterschied in der Art zu funktionieren und zu arbeiten bestimmt die verschiedene Widerstandsfähigkeit der einzelnen Muskeln. Die Kraftmuskeln sind resistenter als die Dauermuskeln; die Unterschiede zwischen Muskeln gleicher Funktionsart sind durch die häufigere oder seltenere Arbeit mit einem größeren oder kleineren Bruchteil der maximalen Leistungsfähigkeit zu erklären. Der durch die Funktionsart bedingte verschiedene Stoffwechsel, Wirken oder Fernbleiben des exzitativen Reizes zur Hypertrophie (den die große einmalige Leistung im Gegensatz zu häufigen kleinen bei in summa gleicher Arbeitsleistung ausübt) dürfte die unmittelbare Ursache der verschiedenen Widerstandsfähigkeit sein. Klarfeld (Breslau).

63. Gerstmann, J., und P. Schilder, Zur Kenntnis der Bewegungsstörungen bei Pseudosklerose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 33. 1920.

Bei einem 22jährigen Manne hat sich seit dem 17. Jahre ein Symptomenbild allmählich entwickelt, das im wesentlichen aus einem den ganzen Körper betreffenden Rigor mit einem groben intentionellen Wackeln besteht. Keine Pyramidenzeichen, ein schwer bulbäres Bild wird durch die Spannungszustände vorgetäuscht. Kein Cornealring, funktionelle Leberschädigung. Die Sektion ergab Einschmelzungsprozesse im Linsenkern. Histologische Untersuchung steht noch aus. — Die Starre ist im Gesicht dauernd, an den unteren Extremitäten kann zeitweise völlige Erschlaffung eintreten, an der auch passive Bewegungen nichts ändern kann. An den oberen Extremitäten geht der Ruhetonus nie unter die obere Grenze der Norm, und passive Bewegungen rufen hier stets einen Hypertonus hervor. Der Hypertonus betrifft Agonisten und Antagonisten gleichmäßig und kann sehr hohe Grade erreichen. Er läßt in der Ruhe nur allmählich nach und kann dann auf folgende Arten wieder hervorgerufen werden. 1. Durch aktive Bewegungen, 2. durch brüske oder manchmal auch durch langsame passive Bewegungen, 3. durch Hautreize, 4. durch psychische Erregung. Er setzt dann plötzlich ein und fixiert die eben aktiv gewonnene Stellung. Bei passiv gewonnenen Haltungen bewirkt der Tonus die in seinem Sinne liegende Innervation. Die aktiven Bewegungen verhalten sich verschieden, je nachdem, ob sie bei entspannter oder gespannter Muskulatur erfolgen. Im ersten Falle erfolgen sie prompt, andernfalls muß Entspannung abgewartet werden, die anscheinend auch durch aktive Bewegung erzielt werden kann. — Die aktive Bewegung ist mit einem Wackeln in der Richtung der geforderten Intention verbunden, das sich gegen Ende der Bewegung verstärkt. Der Tremor ist an den oberen Extremiäten stärker als an den unteren und setzt vorzugsweise an den Handgelenken an. — Ebenso wie der Hypertonus zeigt der Tremor Neigung zu Irradiation. Weiter besteht eine ausgesprochene Verarmung an spontanen Bewegungsantrieben, Ausfahren beim plötzlichen Nachlassen des Widerstandes und der Rückstoß ist eher lebhafter als in der Norm. (Im Gegensatz zur Paralysis agitans.) Die reflektorische Auslösbarkeit des Hypertonus stimmt mit Beobachtungen von Söderbergh und Economo-Schilder überein, und

durch dieses Kriterium erscheint ein Unterschied gegenüber dem Hypertonus der Paralysis agitans gegeben. Auch das Zittern ist wegen seiner Verstärkung der Intention von dem der Paralysis agitans verschieden, Charakteristisch für das Zittern des vorliegenden Falles ist das Schwingen in der Ebene der Intention und das Übergreifen auf andere Muskelgebiete. (Da die Sektion einen einwandfreien Einschmelzungsprozeß in den Linsenkernen festgestellt hat, würde es sich empfehlen, von Bewegungsstörungen der Wilsonschen Erkrankung und nicht der Pseudosklerose zu sprechen, zumal auch die klinischen Erscheinungen mehr diesem Krankheitsbild entsprechen, wie die Verff. selbst hervorheben. Ref.) Bostroem.

64. Helm, Der tabische Magen in der Perspektive der Radioskopie. Fortsch. a. d. Geb. d. Röntgenstr. **25**, 174. 1918.

Zu verschiedenen Zeiten wurden ganz wechselnde Zustände konstatiert, ein Zusammenhang zwischen subjektivem Befinden und objektivem Befund besteht nicht immer. Häufig kommen spastische Zustände vor, dabei die verschiedenen Typen, totaler, regionärer, circumscripter Spasmus. Weiter wurde abnormes Verhalten der Peristaltik beobachtet und vor allem beträchtliche Tonusschwankungen und wechselndes Verhalten der Motilität. K. Löwenstein (Berlin).

65. Böttner, Zur Spinaldruckerhöhung und zur Einteilung der echten Polycythämieformen mit Berücksichtigung ihrer Augenhintergrundsveränderungen. Dtsch. Archiv f. klin. Med. **132**, 1. 1920.

Mehrere, auch im Beginn der Erkrankung stehende Fälle von Polycythämie mit erhöhtem Lumbaldruck und Augenhintergrundsveränderungen (stärkere Gefäßfüllung) erklärt Verf. durch Hirnhyperämie, besonders des venösen Systems und dadurch entstehende Volumenzunahme des Gehirns. Das folgende Mißverhältnis zwischen Hirnvolumen und Schädelkapazität verursacht auch die migräneartigen Anfälle bei der Polycythämie, ebenso die übrigen nervösen subjektiven Beschwerden. K. Löwenstein (Berlin).

66. Blank, Über Trichinose. Dtsch. Archiv f. klin. Med. **132**, 179. 1920.

2 Fälle, in denen der Infektionstag genau festgestellt werden konnte. Kein Erlöschen der Kniereflexe. Der Kernig wird nicht zentral, sondern als durch Muskelschmerzen ausgelöst aufgefaßt. Genaue Abgrenzung der einzelnen Stadien, auch der Veränderungen in der Muskulatur. Salvarsan schien günstig zu wirken. K. Löwenstein (Berlin).

67. Gierlich (Wiesbaden), **Über die Beziehungen der angeborenen und früh erworbenen hemiplegischen Lähmung zur Phylogenese.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Erfolgt die Zerstörung der Py-Bahn vor ihrer vollen Entwicklung am Ende des 3. Lebensjahres, so bildet sich ein Typus inversus Wernicke-Mann aus, d. i. spastische Contractur der Verlängerer der oberen und Verkürzer der unteren Extremität, der allmählich im zweiten und dritten Lebensjahre in den gewöhnlichen Lähmungstyp übergeht. Dieses Verhalten findet seine Erklärung in der neueren Auffassung von der phylogenetischen Grundlage der hemiplegischen Lähmung, in welcher nach Ansicht des Verf. (vgl. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**) Reste des Fluchtsprungs der Vorgänger des Pithecantropus wieder zum Vorschein kommen.



Der Fluchtsprung erhält bei niederen Wirbeltieren seine Innervation von den subcorticalen Zentren. Diese verkümmern mit der Ausbildung der Py-Bahnen und geben die Innervation für die lebenswichtige erste Phase des Fluchtsprungs an die Py-Bahnen ab. Die verbleibenden Synergismen der zweiten Phase des Fluchtsprunges, d. i. Verlängerer der unteren und Verkürzer der oberen Extremität, die nach Ausfall der Py-Bahnen vikariierend einzutreten suchen, bilden den Wernicke-Mannschen Prädilektionstyp. Erfolgt nun der Ausfall der Py-Bahn und ihrer Hemmung vor ihrer Entwicklung, so haben die Zwischenhirnzentren noch ihren vollen Machtbereich. Dann geraten zunächst die Muskelsynergismen der ersten Phase des Fluchtsprungs in spastische Contractur und bilden den Typus Wernicke-Mann inversus. Mit der ontogenetischen Rückbildung dieser Zentren im zweiten und dritten Lebensjahre gehen die Impulse für die erste Phase verloren und es bleiben nur noch die Synergismen für die zweite Phase des Fluchtsprunges. Diese sind identisch mit dem Wernicke-Mannschen Prädilektionstyp der hemiplegischen Lähmung. — Der distale Lähmungstyp bei der infantilen cerebralen Lähmung rührt daher, daß die subcorticalen motorischen Zentren, welche die plumpen Bewegungen der Säuglinge mit den proximalen Gelenken innervieren, bei frühzeitigem Ausfall der Py-Bahn größere Selbständigkeit behalten als bei der Hemiplegie der Erwachsenen. Der Babinskische Zehenreflex und die Dorsalflexion der großen Zehe bei der infantilen Hemiplegie erklärt sich dadurch, daß mit dem Streckmechanismus der unteren Extremität beim Vorschleudern des Körpers in der zweiten Phase des Fluchtsprunges Loskrallen, d. i. Dorsalreflexion der Zehen verbunden ist. Dorsalflexion der großen Zehe gehört somit zum Streckmechanismus der unteren Extremität bei der zweiten Phase des Fluchtsprungs. Eigenbericht (durch Göring).

68. Reiche, Eine (diphtherische?) Schlinglähmung im Röntgenbild. Fortsch. a. d. Geb. d. Röntgenstr. **25**, 353. 1918.

Fall von motorischer Schlinglähmung bei anderen postdiphtherischen nervösen Erscheinungen. Verf. nimmt daneben eine Herabminderung der Reflexerregbarkeit in Kehlkopf und Trachea an und eine Anästhesie im Gebiet des N. laryngeus sup. Sonst keine Vaguserscheinungen.

K. Löwenstein (Berlin).

69. Schlesinger, H., Zur Klinik der Tetanie. Neurol. Centralbl. **39**, 418. 1920.

1. Außer der bekannten mechanischen Übererregbarkeit des Peroneus (Lustsches Symptom) fand sich bei 4 Kranken mit idiopathischer, 2 mit chronischer Tetanie und mehrmals bei inkompletter „Hungertetanie" Tibialiszuckung: Schlag auf den Tibialis in der Kniekehle bei Bauchlage des Patienten ruft ausgiebige Plantarflexion und Adductionsbewegung des Fußes, bisweilen auch Plantarflexion der Zehen hervor. Gleichzeitig bestand Schmerzhaftigkeit des Tibialis bei mäßig starkem Druck auf ihn (Hoffmanns Symptom). In der Regel ist auch das von Schlesinger beschriebene Beinphänomen nachweisbar. Bei „Hungertetanie" zeigt sich nicht immer Parallelismus zwischen Tibialiszuckung und Beinphänomen. Auch sonst ist das Verhalten der mechanischen peripheren Übererregbarkeit

bei Hungertetanie atypisch (z. B. bisweilen Fehlen des Facialisphänomens trotz spontaner Extremitätenkrämpfe, *einseitige* Übererregbarkeit des Armnerven). — 2. Krampf der Bauchmuskulatur als Provokationssymptom: Bei einer Kranken mit chronischer Tetanie und Lungentuberkulose traten bei Inanspruchnahme der Bauchpresse mehrere Minuten lang bestehende schmerzhafte Spasmen der rechten Oberbauchgegend auf, ebenfalls als Begleiterscheinung der typischen Extremitätenkrämpfe. Durch subcutane Adrenalininfektion ließ sich das Symptom binnen 5 Minuten provozieren. Das Symptom ist bei Tetanie sicher sehr selten. Krambach (Berlin).

70. Gerstmann, Josef, und Paul Schilder, Studien über Bewegungsstörungen I. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 266. 1920.

Bei einer 31 jährigen Patientin entwickelt sich innerhalb weniger Monate ein eigenartiger Rigor, eine Bewegungsverarmung, Retropulsion, Adiadochokinese und ein der Paralysis agitans ähnlicher Tremor. Sichere Diagnose ist nicht möglich. Charakteristisch an der Hypertonie, die in mäßigem Grade stets vorhanden ist, ist, daß sie durch wiederholte passive Bewegungen bis zur Unüberwindlichkeit gesteigert werden kann, während eine aktive Bewegung sofort entspannend wirkt. Neigung zum Verharren in Haltungen fehlt. Von dem Rigor der Paralysis agitans unterscheidet sich die Hypertonie in dem vorliegenden Falle durch die Verstärkung infolge von passiven Bewegungen, das Fehlen der Fixationstendenz, sie ähnelt ihm in der Langsamkeit der Bewegungen, der Bewegungsverarmung, in der Adiadochokinese, sowie in der Möglichkeit der Entspannung durch aktive Bewegungen. Von der Tonusstörung des Pseudosklerosentypus unterscheidet sich die vorliegende Beobachtung durch die schwere Weckbarkeit des Hypertonus, der nur durch wiederholte passive Bewegung hervorgerufen werden kann. Gemeinsam ist beiden Hypertonien das Fehlen des Verharrens in Haltungen und die Möglichkeit der Lösung durch aktive Bewegungen. — Bei einem Fall von Encephalitis lethargica finden sich am rechten Oberarm extrapyramidale Spannungen, die im Ellenbogen und in der Hand stark, im Schultergelenk relativ gering sind, trotzdem werden die in diesen Gelenken passiv gegebenen Stellungen kataleptisch festgehalten. Bei den Haltungsfixierungen der Paralysis agitans und bei den „paradoxen Kontraktionen" ist die Katalepsie eine starrere. Hervorgehoben wird, daß an diesem Arm Akinese, Katalepsie und Hypertonie vergesellschaftet ist. Als Ursache wird mit Sicherheit eine lokalisierte Hirnschädigung angenommen, die sehr wahrscheinlich subcortical zu suchen ist. Bostroem (Rostock).

71. Gerstmann, Josef, und Paul Schilder, Studien über Bewegungsstörungen II. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 276. 1920.

Beschreibung eines bisher unbekannten eigenartigen Typus einer (durch eine Encephalitis erzeugten) Bewegungsstörung, die sich in Form von unwillkürlichen, rhythmisch aufeinanderfolgenden, gleichmäßigen, kombinierten Spontanbewegungen äußert. *Bostroem* (Rostock).

72. Winter, W., und W. Götz, Beobachtungen über den Kischschen Reflex bei Schädelverletzungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 58, 280.

Nachprüfung des Kirschschen Reflexes — Lidschluß bei kalorischer oder mechanischer Reizung des äußeren Gehörganges — an 26 Schädel-

verletzten. In $^1/_3$ der Fälle war der Reflex normal. Bei fehlender Knochenverletzung war ein Fehlen des Reflexes nie nachweisbar. Sind Ohren und periphere Nerven intakt, Paralyse, multiple Sklerose u. dgl. auszuschließen, so spricht Fehlen des Reflexes durchaus für eine organische Schädelverletzung — auch gegenüber reiner Commotio. Überdauern des Reflexes spricht für nervöse oder hysterische Erscheinungen bzw. von solchen überlagerte Schädelverletzung. Beachtenswert ist ein Nachlassen der Intensität des Reflexes bei häufig wiederholter Prüfung. Lebhafte Tränensekretion sowie Pupillen- oder Lidspaltenerweiterung bei fehlendem Lidschlag wurden nur selten beobachtet. Fr. Wohlwill.

73. Lewy, F. H., Die Grundlage des Koordinationsmechanismus einfacher Willkürbewegungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 310. 1920.

Bei der Aufnahme von Muskelstromkurven einfacher Beugebewegungen ergab sich, daß dem Muskelstrom nach $^2/_{50}$ Sekunden ein Muskelstrom im Strecker (Rückstoß) folgte. Bei Hemiplegikern setzte der Strom im Antagonisten etwas früher, unter Umständen sogar schon mit dem Beugerstrom zugleich ein und erreicht früher seine volle Höhe, während beim Tabiker der Strom u. U. erst $^7/_{50}$ Sekunden nach dem Beugerstrom einsetzt. Bei Versuchen an Sauerbruchschen Muskelwülsten bleibt der Rückstoß aus, da die Operierten des normalen Bewegungsmechanismus infolge ihrer speziellen Ausbildung entwöhnt sind. Durch fortlaufende Beugekontraktionen kann auch hier zuweilen ein geringer, aber typischer Rückstoß erzielt werden. Die Kurve der Rigiden (Paralysis agitans) zeigt eine niedrige langsame Bewegung ohne Rückstoß. Beim Tremor sieht man in rhythmischen Abständen von $^7/_{50}$—$^8/_{50}$ Sekunden kurze tetanische Innervationen von ca. $^2/_{50}$ Sekunden Dauer abwechselnd in Strecker und Beuger auftreten. Wird eine Willkürbewegung in diesen Tremor eingeschaltet, so nimmt ohne Änderung des Rhythmus die Höhe des Stoßes oszillativ zu. Bei kombiniert Spastischen sieht man, wie die ebenfalls niedrige und langsame Bewegung des Striatumkranken nicht wie zuvor von einem Stillstand abgelöst wird, sondern statt dessen ein kleiner Rückstoß eintritt. — Der Umstand, daß beim Menschen durch Zerstörung der Zentralregion eine erheblichere Motilitätsstörung erfolgt als beim Affen, bei dem das Striatum für die Mehrzahl der Bewegungen ausreicht, läßt nicht den Schluß zu, daß die phylogenetisch jüngere Zentralregion das Striatum entlastet, es erfährt vielmehr mit dem Auftreten der Rinde eine Vergrößerung und Differenzierung seiner Elemente. Zu dem Mittelhirn und dem vegetativen System bestehen enge Beziehungen, und auf das vegetative Zentrum im Hypothalamus üben die phylogenetisch alten Systeme der Motilität ihre regulierende Kontrolle aus. Es handelt sich dabei um das motorische System im Striatum und das im Kleinhirn (Wurm und Nucleus dentatus). Ausfall des ersten bedingt Hypertonie, Ausfall des letzteren Hypotonie. Als Hauptaufgabe des Striatum ist die Aufrechterhaltung des statischen Gleichgewichts, des Tonus, als die des Kleinhirnsystems, die Sicherung des lokomotorischen Gleichgewichts anzusehen. Die beiden Systeme haben im Laufe der Phylogenese ihre eigene willkürliche Betätigung verloren und



dafür die Aufgabe übernommen, das Muskelsystem in einen solchen Zustand zu versetzen, in dem es bei einer corticalen Willkürinnervation am günstigsten für eine geordnete koordinatorische Bewegung anspricht. Erst nach Ausfall der Rinde werden gewisse phylogenetisch tieferstehende Bewegungssynergien wieder frei, steigern sich unter dem noch wirksamen sensiblen Eindruck immer mehr und bewirken so die Pyramidencontracturen (Haltungsreflexe Försters). — Bei einem Hemiplegiker ist der Antagonist in einem Zustand so erhöhter tonischer Spannung, daß er sofort nach dem Beuger in einen verhältnismäßig hohen Grad von Kontraktion fallen kann. Beim Tabiker ist umgekehrt der Antagonistentonus so weit herabgesetzt, daß der Antagonist erst in erheblicherem Abstand vom Agonisten seine Kontraktion ausführt. Beim einfach rigiden Striatumkranken befindet sich das Glied in jedem Stadium der Bewegung in einem hypertonischen Gleichgewichtszustand. Der Tremor ist evtl. als eine diskontinuierliche Innervation von der Großhirnrinde aufzufassen, die erst beim Wegfall der Striatumregulation des Muskeltonus in die Erscheinung tritt. Bostroem.

74. Mittelstaedt, W., Über Bauchmuskellähmungen bei Poliomyelitis. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 1.

Studium der Bauchmuskellähmung an 4 eigenen und 39 Literaturfällen. Besprechung der bei ihr zu beobachtenden Lordose, die mit Strasburger durch Senkung des vorderen Beckenrandes infolge Überwiegens der Oberschenkelbeuger über die Glutaei nach Wegfall der Wirkung des Rectus abdominis erklärt wird. Die untere Thoraxapertur verengt sich beim Inspirium, weil der Widerstand fehlt, den normalerweise die Bauchmuskeln dem Andrängen der Eingeweide bei Abwärtstreten des Zwerchfells entgegensetzen. Ferner wurde die Bildung eines scharfen Kontraktionsrings — statt einer allmählich vom Rippenbogen abfallenden Mulde — bei Einziehen des Bauches beobachtet, die auf Intaktheit eines Teils des Transversus bei Lähmung der übrigen Portionen und der Obliqui bezogen wird. Dies bestätigt die Anschauung, daß die Bauchmuskeln segmentär versorgt sind und einzelne Abschnitte gesondert ausfallen können (gegenüber Oppenheim), und zwar wird der umschriebene Kontraktionsring — gestützt auf korrespondierende Beobachtungen Söderberghs — auf Intaktheit von D_9 bezogen. Ferner Besprechung des Symptomenkomplexes bei Lähmung einzelner Muskeln, bei den verschiedenen Kombinationen, der Bildung der Pseudohernien, des Verhaltens der Bauchdeckenreflexe und der elektrischen Reaktion, der Bauchpresse usw. Fr. Wohlwill (Hamburg).

75. Feis, Über die Etymologie des „Risus sardonicus". Dtsch. Arch. f. klin. Med. **132**, 245. 1920.

Etymologische Betrachtung des besonders bei Tetanus charakteristisch auftretenden Risus sardonicus, die zu einem non liquet führt, die Abstammung von *σαίρω* dürfte aber zu Recht bestehen. K. Löwenstein (Berlin).

76. Arnstein, A., Metalues und Syringomyelie. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk., 8. Januar 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 248. 1920.

Die 34jährige Patientin hat eine seit zwei Jahren zunehmende Parese der oberen Extremitäten und eine nach Trauma entstandene schmerzlose



Schwellung des linken Ellbogens. Der neurologische Befund ergibt: Atrophie der kleinen Handmuskeln, Störung der Schmerz- und Temperaturempfindung, Arthropathie des linken Ellbogengelenkes, Achillessehnenreflex links fehlend. Argyll-Robertson positiv, genuine Opticusatrophie. Wassermann im Blut und Liquor negativ. Es handelt sich wohl um syringomyelitische Veränderungen des Rückenmarks infolge von luetischen Gefäßveränderungen.

J. Bauer (Wien).

77. **Falta, W., Eigenartige Muskeldystrophie mit Pseudocontracturen.** Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 27. November 1919. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 282. 1920.

Die klinische Untersuchung ergibt Bewegungseinschränkung in den Hüft- und Schultergelenken, Equino-varus-Stellung, Gang nur auf den Fußballen, Muskelbäuche kräftig entwickelt und hart, auch bei vollständiger Entspannung. Bei Bewegungen leichtes Muskelcrepitieren. Reflexe, elektrische und mechanische Erregbarkeit normal, keine myasthenischen und myotonischen Reaktionen, Elektrokardiogramm und Aktionsströme normal. Vater und Schwester leiden an derselben Krankheit, die dem zu Pseudocontracturen führenden Typus der Dystrophia musculorum progressiva zuzurechnen und als Fall von wahrscheinlich fibröser Muskeldystrophie aufzufassen ist. J. Bauer (Wien).

78. **Esser, Carl, Zur Kasuistik der Meningocele traumatica bei Erwachsenen.** Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 961.

Mitteilung eines Falles. Eugen Kahn (München).

79. **Arnstein, A., Zwei Fälle von Cholelithiasis mit Herpes zoster im Bereiche des rechten achten und neunten Brustsegmentes.** Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk., 30. April 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 458. 1920.

Inhalt aus dem Titel ersichtlich. J. Bauer (Wien).

80. **Zappert, J., Enuresis und Myelodysplasie.** Wien. klin. Wochenschr. **33**, 463. 1920.

Vortrag in der Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 21. April 1920.

Ausführlich erschienen in den Ergebnissen der inneren Med. u. Kinderheilk. **18**. 1920. J. Bauer (Wien.)

81. **Reuter, F., Blutung im linken Stirnlappen des Gehirnes bei tuberkulöser Meningitis als Ursache eines plötzlichen Todes.** Jahrb. f. Psych. **39**, 116. 1919.

Fall von disseminierter meningo-encephalitischer Tuberkulose im Bereich des Verzweigungsgebietes der linken Art. fossae Sylvii mit ausgedehnter Sperrung kleiner Arterien, in deren Verlauf es zur Thrombose des Stammes der linken V. fossae Sylvii mit nachfolgender Blutung im Wurzelgebiet der letzteren kam. Lage, Ausdehnung und Begrenzung der Blutung im linken Stirnlappen entsprach dem Wurzelgebiet der thrombosierten Vene. Der Nachweis der Quelle der Blutung ist besonders beachtenswert.

K. Löwenstein (Berlin).

82. **Erdheim, Über die Folgen gesteigerten Hirndrucks.** Jahrb. f. Psych. **39**, 322. 1919.

Verf. hat einen Fall, der 16 Mon. nach der operativen Beseitigung einer durch einen Hirnabsceß bedingten Drucksteigerung zur Sektion kam,

und im Vergleich dazu 4 Fälle progredienter Hirndrucksteigerung eingehend pathologisch-anatomisch untersucht. Er schildert die Verhältnisse eingehend an den verschiedenen Geweben. Am Knochen sind Tab. extern. u. Diploe unverändert. An der Interna schildert er die Appositionsvorgänge an der Schädelinnenfläche und im Knochen selbst, die durch die Hernien selbst erzeugten Usuren, hier unterscheidet er den endokraniellen, den endostalen, zur Bildung einer Tabula interna nova führenden, und den perikraniellen Knochenanbau. An der Dura kommt es zur Bildung einer nach außen gelegenen neuen dünnen Schicht, des Cambiums, zu Kalkablagerungen in der Dura, zu metaplastischer Knochenbildung mit gelegentlich sekundärer Annäherung an die Tab. int., zu Veränderungen der Arterien, die auf Decubitaldruck beruhen, und oft mit Verkalkung sich kombinieren. — Am Gehirn selbst werden vor allem die multiplen Hirnhernien eingehend untersucht, ihr in der Dura bereitetes Lager, ihr Auftreten in Kolonien, ihre Beziehung zu den Pacchionischen Granulationen. Verf. weist nach, daß die Hirnhernien selbst nichts anderes als mit Gehirngewebe ausgefüllte Pacchionische Granulationen derselben Kolonie sind. Außerordentlich selten war eine Entstehung der Hirnhernien durch Ausstülpung einer beliebigen Stelle der Leptomeninx anzunehmen. Weiter wird das Schicksal der Hirnhernie nach Dehiszenz der Hülle beschrieben, bei dem höchsten Grad infiltrativer Ausbreitung wird das Hirngewebe aus dem Schädelinneren geradezu herausgequetscht. Der histologische Bau der Hirnhernie entspricht mit eingreifenden Änderungen dem des Gehirns überhaupt. Das Gewebe zeigt oft mikroskopisch alle Zeichen der Erweichung. Der Befund wird nicht nur für die progredienten, sondern auch die geheilten Fälle beschrieben. Verf. Fall ist der erste untersuchte Fall von Hirnhernien, der sicher unter dem Einfluß gesteigerten Hirndruckes entstanden und nach Beseitigung desselben geheilt ist. Dazu kann es auch ohne grobe anatomische Veränderungen im Leben vorübergehend durch eine Reihe von Momenten kommen. K. Löwenstein (Berlin).

83. Bresler, Das Schuhsohlensymptom. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 284. 1919/20.

Stärkeres Abnutzen der linken Schuhsohle soll ein gutes Anzeichen des Überwiegens der linken Körperhälfte („Linksfüßigkeit“) sein. Müller.

84. Hübschmann, Hirntumor und Trauma. Dtsch Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 1. 1920.

Der Verf. berichtet über 2 Fälle von Hirntumor, einen epithelialer Natur und ein zellreiches Gliom, über deren Zusammenhang mit einem Trauma er sich gutachtlich zu äußern gehabt hat. In beiden Fällen wurde der Zusammenhang abgelehnt. Der Verf. beklagt es, daß viel zu oft ein kausaler Zusammenhang zwischen Hirntumor und Trauma von den Gutachtern angenommen wird, obwohl sich eine solche Annahme auf keine objektiven Tatsachen zu stützen vermag. Es müßte die pathologisch-anatomische Betrachtungsweise mehr in den Vordergrund gestellt werden. Da es feststehe, daß gewisse chronisch-entzündliche Vorgänge die Gewebe zur Geschwulstbildung disponieren, daß vor allem auch in den Narben die Gewebe zur atypischen Wucherung neigen, so könne man in allen Fällen,



wo die Kopfverletzung auch die Gehirnsubstanz betroffen habe und ein Tumor in einer solchen Gehirnnarbe gelegen sei, mit objektiver Berechtigung einen Zusammenhang zwischen dem Trauma und dem Tumor annehmen. Allerdings sind diese Fälle äußerst selten, außerdem ist eine autoptische Kontrolle unerläßlich. In der praktischen Gutachtertätigkeit müßte man zumindest die Thiemschen Grundsätze streng befolgen, wonach ein Zusammenhang zwischen Kopftrauma und Hirntumor nur dann anerkannt werden dürfe, wenn 1. eine Gewalteinwirkung überhaupt stattgefunden hat, 2. einigermaßen erheblich gewesen ist, 3. die Geschwulst zum Orte der Gewalteinwirkung in räumlicher Beziehung steht, 4. die Inkubation je nach Art der Geschwulst von bestimmter Dauer ist, 3 Wochen bis 2 Jahre. Die Inkubationszeit könne auch kürzer angenommen werden, wenn es sich um die Frage nach Verschlimmerung des Leidens handle. Eine Überschreitung dieser Grundsätze sei nach Ansicht des Verf. unzulässig, besonders auf die Punkte 2. und 3. sei das größte Gewicht zu legen. Der Verf. schließt, indem er die Hoffnung ausspricht, daß das große traumatische Kriegsmaterial auch die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Kopftrauma und Hirntumor werde lösen helfen. Klarfeld (Breslau).

85. Homburger (Heidelberg), **Über amyostatische Symptome bei schwachsinnigen Kindern.** Vortrag auf der Wanderversammlung südwestd. Neurol. und Irrenärzte Baden-Baden 1920.

In weitgehender Scheidung klinischer Erscheinungsgruppen konnten Oskar und Cécile Vogt und in Verfolgung ihrer Ergebnisse Bielschowsky eine Reihe angeborener und erworbener Erkrankungen des Corpus striatum mit bestimmten anatomischen Prozessen zur Deckung bringen und in einem vorläufigen Systeme der Heredodegenerationen deren Einteilungsgrundsätzen unterstellen. Unter dem weitertragenden Gesichtspunkte des Funktionszusammenhanges subcorticaler Bewegungsstörungen überhaupt, hat Kleist, an die von Anton zuerst erkannte Enthemmungstätigkeit des Streifenhügels anknüpfend, Chorea, Athetose, Bewegungsausfall, Starre und Zittern, also anscheinend sehr unterschiedliche Bewegungsstörungen, auf gesetzmäßige Beziehungsstörungen zwischen dem Corpus striatum, der Linsenkernschlinge, dem Roten Haubenkern bezogen. v. Stauffenberg tat die Notwendigkeit dar, den ganzen dies- und jenseits des Roten Kernes sich erstreckenden subcorticalen Bewegungs- und Regulierungsapparat für die Auffassung aller extrapyramidalen Bewegungsstörungen, ihrer Entstehung, ihres Verlaufes und der bei ihnen möglichen Ersatz- und Ausgleichsleistungen der Funktion einzelner Anteile in Betracht zu ziehen. — Durch Aufstellung des amyostatischen Symptomenkomplexes hat Strümpell die Myostatik als selbständige Funktion und die Bedeutung der sie tragenden phylogenetisch älteren extrapyramidalen Systeme gegenüber der neoencephalen Pyramidenbahn herausgehoben. — Die von Strümpell u. a. hervorgehobene amyostatische Starre der unteren Extremitäten ohne Lähmungserscheinungen vom Typus der Pyramidenläsionen und ohne deren typische Reflexanomalien, ist von mir 1903 beobachtet und (Neurol. Centralblatt 1903) in einer Arbeit über „Incontinentia vesicae und Lähmungserscheinungen an den Extremitäten bei Erweichungsherden in den sub-

corticalen Ganglien" geschildert worden. Die damaligen Feststellungen wurden zum Ausgangspunkt von Beobachtungen über die Rhythmik, Dynamik und Statik bei Psychopathen und Imbezillen, aus denen hier nur die amyostatischen Symptome bei schwachsinnigen Kindern herausgegriffen sind. — Jedem, der Gelegenheit gehabt hat, Idioten und Imbezille in größerer Zahl zu sehen und ihre Entwickelung über Jahre zu verfolgen, dem ist sicher nicht nur eine Erschwerung und Unbeholfenheit der Bewegungen aufgefallen, sondern eine ganze Reihe genauer zu kennzeichnender Störungen der Statik, der Rhythmik, des Tempo, der Dynamik und der Metrik, also Störungen der regelmäßig wiederkehrenden Bewegungsfolgen beim Gehen und bei Hantierungen, der Bewegungsleistung in der Zeiteinheit, der Kraftverteilung und des räumlichen Ausmaßes der einzelnen Bewegungsteile und der ganzen Bewegung. Ein imbezilles Kind krallt sich, auf einem Stuhle sitzend, sozusagen mit beiden Händen in sein Bilderbuch fest und spannt die ganze Arm- und Schultermuskulatur an, obgleich es das Büchlein mit je drei Fingern und in lockerer Haltung des Körpers zu halten vermöchte; es streckt seinen Kopf viel zu weit vor, um die Bilder zu betrachten, und seine Beine, die den Boden nicht erreichen, stoßen gespreizt in den Raum hinein vor, statt schlaff herunter zu hängen. Ein Junge, dessen Größe und Muskelkraft reichlich genügt, um mit einem Papiermesser ein gefaltetes Papier in der Falte aufzuschneiden, bringt das nicht zustande, weil die bei dieser Bewegung nicht beteiligte Muskulatur der Arme und des Rumpfes nicht in Tätigkeit tritt, um automatisch den übrigen Körper fest zu fixieren. In einem Falle eine myostatische Über-, im anderen eine myostatische Unterfunktion. Ähnliches zeigt sich bei allen möglichen kleinen Verrichtungen und Hantierungen, besonders auch beim Greifen, Tragen, Reichen, aber auch bei Ortsbewegungen, beim Treppenauf- und -absteigen und beim gewöhnlichen Gang. Gerade bei dem letzteren kann man, abgesehen von plumper Schlaffheit und Steifheit, noch etwas ganz besonders Interessantes beobachten. Es fehlt hier nämlich nicht nur die Grazie, die man zum Teil wenigstens als Intelligenzleistung erreichen kann, sondern es fehlt auch etwas ganz typisch Automatisches, die Anpassung der Kraftleistung und Bewegungsform an die wechselnde Beschaffenheit des Bodens (Pflaster, Wiese, Sand usw.). Dabei dreht es sich nicht allein um eine Abschwächung sensibler Eindrücke, sondern zugleich um ein myostatisches Unwirksambleiben wahrgenommener Beschaffenheitsunterschiede. — Diese Kinder sind anamnestisch dieselben, die spät den Kopf halten, sitzen, stehen, gehen und sprechen lernen; sie bekommen und behalten oft eine langsame Sprache, die häufig auch bei denen gaumig und hohl oder rauh klingt, welche Lippen- und Zahnlaute ohne wesentliche Schwierigkeiten oder sogar scharf zu bilden vermögen. Gleichsinnig kennzeichnet sich die Mimik; das Gesicht ist bewegungsarm, wie auch sonst Bewegungs- und Gebärdenarmut herrscht; langsam, in übertriebenem Umfange, überlang anhaltend und oft mit übermäßiger Spannung der Lippen und Wangenmuskeln zieht typisch dysmetrisch und dysdynamisch ein breites Grinsen über das sonst ganz unbewegte Gesicht. Oder aber ganz langsam fangen bei weit geöffneten Augen die Lippen an, sich zu einem Lächeln zu verziehen, das durch eine



antagonistisch einsetzende Starre aufgehalten wird und langsam, wie es kam, wieder zum festen Mundschluß zurückschleicht. — Zwei Haupttypen der Körperhaltung, die beim Gehen noch deutlicher werden können, aber oft schon beim Stehen infolge des Initiativmangels recht charakteristisch zutage treten, unterscheide ich als pithekoiden und lordotischen Typus. Dem ersteren ist die Vorwärtsneigung des Kopfes und vor allem die Vorbiegung der Schultern, die in Adduction herabhängenden, einander genäherten Arme und die in Greifbereitschaft leicht gebeugten Finger, dem anderen die Hans-guck-in-die-Luft-Haltung bei leicht gebeugten Knien und zurückliegenden Schultern eigen; beide aber gehen breitbeinig und schleifend. Der pithekoide Typus neigt zur amyostatischen Fixationsrigidität, der lordotische zur Schlaffheit. Zwischenformen gibt es natürlich in verschiedenen Kombinationen. — Man findet also bei schwachsinnigen Kindern Störungen der Verteilung, des Einsetzens und des Nachlassens des myostatischen Tonus, Störungen der Körperhaltung, Bewegungsarmut, auch in Mimik und Gebärde, Ablaufsverzögerung, Fixationsrigidität, Sprach- und Sprachklangveränderung, kurz alle Erscheinungen von Strümpells amyostatischem Symptomenkomplex in mehr oder weniger hohem Grade und wechselnder Gruppierung. — Wir sehen schwerste amyostatische Symptomenbilder, auch solche mit Chorea und Athetose, bei schweren organischen Idiotien ohne pyramidale Lähmungen und Reflexstörungen neben solchen, die mit Pyramidensymptomen kombiniert sind, und leichtere Formen des kindlichen Schwachsinns, bildungsfähige Imbezille mit funktioneller Schwäche des myostatischen Apparates. Von dieser Reihe verschieden schwerer und in verschiedenen Spielarten auftretender Störungen der Myostatik fällt ein interessantes Licht auf das ganze Problem der Psychomotilität, der Bewegungsbegabung. Die Reihe ihrer Abwandlungen setzt sich fort einerseits zu jenen intellektuellen Typen mit motorischem Begabungsdefekt und unverbesserlicher Ungeschicklichkeit und von ihr zweigen sich wiederum einseitig motorisch begabte Schwachsinnige ab, die über eine Sicherheit und Gewandtheit der Bewegungen verfügen, die ihre Imbezillität nach außen hin völlig zu verdecken vermag. — Das aber bleibt der interessante Kern der ganzen Erscheinungsreihe: Die Eigentümlichkeiten von Haltung, Bewegung, Gesichtsausdruck und motorischem Sprachablauf, die dem Schwachsinnigen das äußere Gepräge geben und ihn auffällig machen, haben ihren tieferen Grund in mehr oder weniger schweren Schädigungen der phylogenetisch älteren myostatischen Hirnanteile, die sich gegenüber den von der neoencephalen Pyramidenbahn und Rinde ausgehenden neurologischen Symptomen neben der gesamtseelischen Niveausenkung in wohlgekennzeichneten Erscheinungsgruppen heraussheben lassen.

Eigenbericht.

86. Grafe, E., und W. Gross, Über einen ungewöhnlichen Fall von Konglomerattuberkulose des Gehirns (Sitz des Haupttuberkels am unteren Ende der Medulla oblongata). Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 57, 159—279.

Bei einem 17 jährigen Jungen, der früher öfter gehustet hatte, tritt nach einigen Tagen getrübten Allgemeinbefindens ein lähmungsartiger Zustand im rechten



Arm mit Schmerzen in der rechten Kopfseite und im rechten Arm auf. Die Sensibilitätsstörungen sind erst auf die rechte Oberextremität beschränkt, nehmen dann Halbseitencharakter an, gleichzeitig entwickelt sich auch eine Schwäche im rechten Bein, hin und wieder Zuckungen im rechten Facialis. Vereinzelte Doppelbilder, unsichere Stauungspapille, zeitweise auftretende Cyanose, Erbrechen und Pulsverlangsamung. Leichte Unterschiede in den Reflexen zwischen beiden Seiten. Hirn- und Lumbalpunktion ohne charakteristischen Befund. Bei leichtem Wechsel der Schmerzen ohne Fieber starke Abmagerung. Nach 3 Monaten Schluckbeschwerden. Babinski rechts, starke Knochenschmerzen in der rechten vorderen Schädelhälfte, Ataxie an rechtem Arm, angedeutet am rechten Bein, starke Neigung zu Kollapsen. Nach einem weiteren Monat Pupillendifferenz, Doppelsehen, Nystagmus, Babinski auch links. Nach 4 Wochen Schlucklähmungen, Ataxien an beiden Armen und Beinen, leichte Paresen auch links, pathologische Reflexe auf beiden Seiten. Blasen- und Mastdarmlähmung, Stauungspapille deutlich. Die Kollapse häufen sich. Infolge von Pneumonie Exitus.

Bei der Sektion fanden sich verschiedene tuberkulöse Herde, ein Konglomerattuberkel, der sich mitten in der nervösen Substanz der Oblongata entwickelt hat. Umschriebene tuberkulöse leptomeningitische Herde mit sekundärem Übergreifen auf die Hirnrinde. Der Herd in der Oblongata ist vor allem durch seine Lokalisation wichtig. Auf Schnitten durch das verlängerte Mark sieht man, daß an manchen Stellen von dem ganzen Querschnitt der einen Seite nur ein schmaler Rest der ganzen Pyramidenbahn erhalten ist. Die Pyramidenbahn der einen Seite ist einige Schnitte weiter vollkommen zerstört. Auf der anderen Seite ist jedenfalls der mediale Hinterstrang mit dem Anfangsteil des Hinterstrangskerns ergriffen. Das ganze Mark ist enorm aufgetrieben. Mit dem Anfang der Oliven endet der Tuberkel. Die Herde im Großhirn bilden umschriebene dicke Knoten, die in der Hauptsache von der weichen Haut ausgehen, entweder eine Stelle der Konvexität stark vorwölben oder meistens in der Tiefe der Furche entwickelt durch ihre Ausdehnungen die Windungen stark auseinanderdrängen, und mit gleichzeitigen Überziehen von der Pia auf die Rinde die beiden gegenüberliegenden Windungen zum Verlöten bringen. In der Tiefe der Furche geht der Prozeß nach vollständiger Zerstörung der Rinde auf die weiße Substanz über. Die Arteriitis tuberculosa ist charakterisiert durch das Fehlen aller nekrotischen Veränderungen in der Intima, das Fehlen jeder Veränderung und Aufsplitterung der Elastica, das Fehlen einer Vascularisation in der neugebildeten intimalen Schicht. Wie schon erwähnt, bleiben die Knötchen nicht auf die Pia beschränkt, sondern setzen sich auf die anliegende Hirnrinde fort. In dieser kommt es zumeist zu kleinen Erweichungen in der Pia um den tuberkulösen Prozeß herum. Es bilden sich viele Gitterzellen, gemästete Gliaelemente, Gliarasen, Lymphocyten und Plasmazellen. Dagegen fehlen im allgemeinen gliabildende Faserzellen. In den Rindenschichten unterhalb der tuberkulösen Prozesse sind die Nervenzellen zum Teil verändert, vor allem finden sich pericelluläre Inkrustationen. Neurofibrillenzüge sind bis in die tuberkulösen Rundzelleninfiltrate hinein nachzuweisen. Die Fibrillentrümmer finden sich noch zwischen den Lymphocyten. Innerhalb der Tuberkeln war der Nachweis von Bacillen nur schwer oder gar nicht möglich. Dagegen fanden sie sich sehr zahlreich in den Randpartien der verkästen Gebiete. Besonders reichlich in der Umgebung der tuberkulös veränderten Ar-



terien. Aus den histologischen Befunden wird der Schluß gezogen, daß es sich um tuberkulöse Veränderungen von verhältnismäßig geringen Alter mit sehr raschen Wachstum und Zerfall handelt. Insbesondere wird der Einbruch der Piatuberkulose in die Rinde noch überall als ganz frisch angesehen. Noch einmal soll darauf hingewiesen werden, daß durch den Herd in der Nähe der Pyramidenkreuzung zerstört sind bis auf einen kleinen Rest auf der linken Seite rechts der ganze Hinterstrang mit dem ganzen caudalen Teil seiner Kerne, links der Gollsche Strang und Kern und Teile des Burdachschen Stranges. Die 5. Wurzel mit dem anliegenden Kern ist rechts ausgedehnt, links teilweise zerstört. Zugrunde gegangen ist der Tractus solitarius, die 10. und 9. Wurzel, ebenso das caudale Ende der Kernsäule, des Hyploglossus und das caudale Ende des hinteren Längsbündels. Daß trotz dieser schweren Veränderung das Leben überhaupt noch möglich gewesen ist, wird besonders hervorgehoben. Die tuberkulösen Prozesse werden als zusammengeflossen aus einzelnen Herden aufgefaßt.

F. H. Lewy (Berlin).

87. Lindstedt, F., Über die Ätiologie und Pathogenese der Ischias. Acta medica scandinavica 53, 318. 1919.

Der Grundgedanke des Verf. ist, jeden Ischiasfall als sekundär aufzufassen; es gibt keine „primäre" oder „idiopathische" Ischias. Zu diesem Resultat ist der Verf. auf Grund sorgsamster anamnestischer und objektiver Untersuchung von 100 Fällen gekommen, die er alle in größeren Krankenhäusern beobachten konnte. Bei 91 dieser 100 Fälle fand er Veränderungen der unteren Körperhälfte, die er als ätiologische Momente für die Entstehung der ischiadischen Neuralgie betrachtet. Die Veränderungen waren sehr verschiedener Art: Neubildungen der Wirbelsäule, der Regio sacro-lumbalis bzw. glutaea 3 mal, Spondylitis deformans, Skoliose, Wirbelbruch 8 mal, schwere Salpingitis, großer Bauchwandbruch nach Appendicitis 3 mal, Coxarthritis 11 mal, Schenkelbruch 2 mal, Kniegelenkleiden von inflammatorischer oder traumatischer Art 14 mal, von Deformitätsnatur 8 mal (hochgradiges Genu valgum, varum oder recurvatum), traumatische Fußschäden 5 mal, hochgradiger Plattfuß oder andersartige Fußdeformitäten mit „Insufficientia pedis" 11 mal, Polyarthritis 12 mal, hochgradige Varicen 8 mal. Die Wirkung dieser verschieden gearteten und verschieden lokalisierten Veränderungen muß nach Verf. eine indirekte sein, und er kommt somit zur Aufstellung der generellen Formel, daß schmerzhafte Leiden entweder allein oder gewöhnlich unter Vermittlung der durch sie verursachten abnormen „statischen" Funktion der unteren Gliedmaßen und der Lendenregion zur ischiadischen Neuralgie Anlaß geben; die allein statischen Abnormitäten können, ohne an sich direkt schmerzhaft zu sein, durch die abnorme Funktion dasselbe Ergebnis herbeiführen. Die Ischias ist eine Neuralgie und, wie dies bezüglich z. B. gewisser Fälle von Trigeminusneuralgie oder „Berufsneuritiden" klar hervortritt, setzt sie zwei Dinge voraus: 1. einen peripheren Reiz, der hier in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch übermäßige Anstrengung gewisser Muskeln in der Folge von (durch statische Abnormitäten bedingter) abnormer Funktion eines gewissen Körpersegments bedingt wird und 2. eine allgemeine



oder lokalisierte „neuralgische Disposition“, die oft mit Zeichen genereller neurotischer Minderwertigkeit verbunden ist und das Mißverhältnis zwischen Reiz und Reizeffekt bedingt. — Es ist somit nach Lindstedt verfehlt, von „idiopathischer Ischias“ im Gegensatz zu „sekundärer oder symptomatischer Ischias“ bzw. „ischiasähnlichen“ Syndromen zu sprechen; jede Ischias ist sekundär. Diese Betrachtungsweise erhellt in auffallend guter Weise die Unmöglichkeit, den Krankheitsbegriff scharf zu umschreiben; es gibt im Gegenteil eine ganz flüssige Skala von der vollausgeprägten Krankheit bis zu „Formes frustes“ oder Äquivalenten. Zu den letzteren rechnet Lindstedt vor allem die bei Ischiaspatienten gleichzeitig oder selbständig so oft auftretenden „Lumbago“-Anfälle, welche eine identische Pathogenese haben. — Lindstedt verwirft somit alle geläufigen Hypothesen, die auf direkte Wirkung auf den Nerven hinzielen, Druck durch Exsudate usw. Das Wesen der Krankheit ist eine durch chronische Übermüdungsreize gewisser Funktionsbezirke herbeigeführte Irradiation, und die Krankheit ist somit nicht im Nerven selbst lokalisiert, sondern in den überreizten zentralen Gefühlszentra. Wie wird man anders erklären, daß bei Einspritzung von Kochsalzlösung in den Lendenmuskeln der typische Irradiationsschmerz, bis in die Hacke hinein, bisweilen hervorgerufen wird (eine interessante und auch vom Ref. mehrmals gemachte Beobachtung)? Die oft vorhandenen „neuritischen“ Ausfallserscheinungen (z. B. die Areflexia achillaea, die Hypotonie, die Atrophie) will Verf. nicht als unbedingt auf organische Schädigung des Nervenstammes hinweisend anerkennen, versucht vielmehr, sie „auf funktionellem Wege“ zu erklären. Hier wird der Verf. aber bedenklich unklar; es würde vielleicht hier genügt haben, auf die trophischen und Reflexstörungen bei evident psychogenen Zuständen, z. B. hysterischen Lähmungen, hinzuweisen, welche offenbar erst sekundär durch abnorme Funktion bzw. Afunktion des betr. Gliedes irgendwie hervorgerufen werden. Die Betrachtungsweise Lindstedts bringt eine Reihe wichtiger Vorteile: die prinzipielle Einreihung in die Gruppe der echten Neuralgien, die wohl immer zwei Momente zu ihrer Entstehung erfordert, und zwar den peripheren Reiz und die neuralgische Veränderung des Zentralorgans. So wird die besondere Häufigkeit eben dieser Neuralgie verständlich, indem statische Abnormitäten bei der ständigen und intensiven Inanspruchnahme der unteren Gliedmaßen (und der Lendenmuskulatur) beim Gehen besonders leicht einen chronischen Übermüdungsreiz durch abnorme Funktion darstellen dürften. Die unscharfe Umgrenzung des Krankheitsbildes, die häufige Kombination mit Lumbago, die Rolle einer psychischen Komponente, die u. a. und vor allem bei den Erörterungen über die Erklärung der „drastischen“ Behandlungsmethoden (Dehnung, perineurale Injektionen usw.) zutage tritt; alles dies und manches andere findet in der neuen Betrachtungsweise seine natürliche Erklärung. — Besonders die analoge Betrachtungsweise der Lumbago lehrt, einen wie großen Gewinn die Einöde der „rheumatischen“ Leiden von einer Durcharbeitung nach dem Prinzip Lindstedts ziehen könnte. — Das Neue in dieser Arbeit liegt offenbar nicht in der prinzipiellen Auffassung des Zustandekommens einer Neuralgie, die etwa der geläufigen entspricht, vielmehr in der strengen

Durchführung der doppelten Bedingung, wobei als tatsächliche Grundlage die Auffindung peripherer Abnormitäten für dieses Gebiet neu ist; das Punctum saliens und der offenbarste Gewinn ist die Behauptung, jede Ischias sei sekundär. Eigentlich ist es ja merkwürdig, daß es so lange gedauert hat, ehe man davon abgekommen ist, eben bei dieser Neuralgie die Krankheit im Nerven selbst lokalisieren zu wollen. Als besonders wertvoller Hinweis Lindstedts möchte ich die Analogie mit dem „contracten Plattfuß" sowie vor allem mit den Berufs-„Neuritiden" bezeichnen. Die offenbare Schwäche seiner Arbeit liegt darin, daß er sich im großen und ganzen damit begnügt, „Veränderungen" beliebiger Art aufzufinden, ohne daß er es versucht, zu analysieren, wie die gefundenen Veränderungen zu abnormer Funktion des Gliedes (vor allem also Abnormitäten des Ganges) führen müssen; bei vielen seiner „Gruppen" und Fällen ist es vielmehr gar nicht verständlich, wie die aufgefundenen Abnormitäten die „statische" Funktion beeinflussen müssen. Wertvoll ist allerdings sein Befund, daß die „Veränderungen", wenn einseitig, fast immer auf der Ischiasseite lokalisiert waren, wenn doppelseitig, fast immer dort am stärksten; Ausnahme machten einige geheilte Knochenbrüche, die kontralateral gelegen waren. — In seiner sonst so wohltuenden Reaktion gegen das geläufige Haften der Aufmerksamkeit allzu direkt am Nervenstamm geht Lindstedt vielleicht etwas zu weit; so z. B. bei seiner Erörterung der Entstehung des Lasègueschen Symptoms, das er lieber auf Muskeldehnung zu beziehen scheint. Richtig ist zwar seine Bemerkung, daß bei Beugung der Hüfte bei gestrecktem Knie das Becken rotiert und dadurch die lumbosakralen Muskeln gestreckt werden. Er vergißt, daß seine eigene Grundauffassung sehr gut die Entstehung des Symptoms durch Nervendehnung zuläßt: die überreizten Gefühlszentra empfinden die dem Gesunden nicht schmerzhafte Nervendehnung als Schmerz und die Bereitschaft zu Défense musculaire wird in Anspruch genommen. — Etwas zweifelhaft klingt schließlich seine Neigung, die Varicen bei Ischias als durch die Krankheit bedingt aufzufassen. Antoni (Stockholm).

88. Lindstedt, F., Till kännedomen om patogenesen för lumbago och liknande ryggsmärtor. (Zur Kenntnis der Pathogenese von Hexenschuß und ähnlichen Rückenschmerzen.) Svenska läkaresällskapets Förhandlingar 10. II. 1920 (schwedisch; Vortragsreferat).

Im Anschluß an seine Studien über Ischias (s. diese Zeitschr.), wobei Verf. das häufige Zusammentreffen beider Syndrome am selben Individuum auffiel, versucht er es jetzt, dieselben ätiologischen Gesichtspunkte hier geltend zu machen: Man hat bisher auch hier die Aufmerksamkeit allzu sehr an der schmerzenden Stelle haften lassen, auch hier ist nach Verf. die Entstehung der Symptome eine mehr indirekte, als bisher angenommen wurde. Es ist auch der Lumbago ein „neuralgischer" Zustand, durch Irradiation infolge einer Überreizbarkeit sensibler Zentralorgane, welche meistens durch chronische muskuläre Übermüdung zustande kommt. Demnach spielen auch hier vor allem „statische" Deformitäten, ausgeheilte Traumen oder Inflammationen die eigentlich ätiologische Rolle, indem die von ihnen gesetzten Veränderungen in irgendeiner Weise, oftmals un-

bewußt, für die Muskel- und Gelenkfunktionen hindernd und abändernd wirken. Um diesen Gedankengang zu stützen, hat Verf. diesmal den entgegengesetzten Weg benutzt wie beim Studium der Ischias, wo er die Krankheitsfälle auf evtl. Veränderungen durchsuchte. Hier hat er an einem Material von 1324 Wehrpflichtigen zuerst nach anamnestisch oder objektiv nachweisbaren „Veränderungen" gesucht, dann erst nach „rheumatischen" oder anderen Rückenschmerzen gefragt sowie nach Ischias. Die in Frage kommenden „Veränderungen" waren hier wie bei den Ischiasstudien sehr verschiedener Art und Intensität: 1. Rückenfehler wie Verkrümmungen, Spondylitiden und Frakturen; 2. Krankheiten der Beckengegend und ihrer Umgebung wie schwere, gangränöse Appendicitiden, Brüche und Varicocelen; 3. Krankheiten des Hüftgelenks und Schenkelbrüche; 4. Kniegelenksleiden verschiedener Art; 5. Genua valga, Genua vara, Genua recurv.ta; 6. Fußverrenkungen u. dgl.; 7. Plattfuß; 8. Fußdeformitäten wie Varusstellung, Hallux valgus u. dgl.; 9. Polyarthritiden; 10. Varicen; 11. „konstitutionelle statische Schwäche". Der Verf. teilt jetzt eine Tabelle mit, an welcher zu sehen ist, inwieweit der Lumbago und ähnliche Zustände bei den Fällen mit „Veränderungen" häufiger waren wie bei den übrigen sowie die Verteilung auf Fälle mit „leichteren" und „schwereren" Veränderungen. „Schwerere Veränderungen" fanden sich in 288 Fällen, „leichtere Veränderungen" in 337 Fällen, keine in 699 Fällen. Auf diese drei Gruppen verteilen sich jetzt die Zahlen für anamnestisch konstatierten Lumbago bzw. Ischias in folgender Weise: Von den Fällen der Gruppe „schwer" hatten 25% Lumbago, 3,8% Ischias gehabt; entsprechende Ziffer für die Gruppe „leicht" waren 6 bzw. 0,6%, für die Gruppe „Null" 0,15 bzw. 0,015%. — Die erhaltenen Ziffern stützen, wie ersichtlich, in hohem Maße die Anschauungen Lindstedts betr. Entstehung und Ursache von Ischias und Lumbago. Antoni (Stockholm).

89. Goldflam, S., Über einige ungewöhnliche Symptome im Bereiche der Augenlider. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 27. 1920.

Aus seiner reichen Erfahrung heraus bespricht Verf. einige selten an den Augenlidern beobachtete Symptome. Es ist nicht möglich, die an Tatsachen überreiche Arbeit in einem kurzen Referat vollständig wiederzugeben, ich muß mich sozusagen mit einem Inhaltsverzeichnis begnügen. Da ist zuerst ein „oberes" Graefesches Zeichen, das nicht bei Senkung der Augen, sondern im Gegenteil beim Heben der Visierebene in Erscheinung tritt. Die Ursache für das Auftreten sowohl des „unteren" wie des „oberen" Graefeschen Phänomens ist in dem Mißverhältnis zwischen der Augapfel- und Lidbewegung zu suchen; beim „unteren" Graefe hat man es mit einem Reizzustand im Bereiche der Lidöffner zu tun, beim „oberen" handelt es sich um eine Insuffizienz der Augapfelheber bei normaler Funktion der Lidöffner. Der „untere" Graefe kann auch in rudimentärer Form auftreten; es tritt dann beim Blick nach unten zwar keine Entblößung der Sclera ein, aber das obere Lid kommt nicht ganz mit, es bedeckt nunmehr einen kleineren Abschnitt der Cornea als beim Blick geradeaus. Es handelt sich da um einen geringeren Grad derselben Störung wie beim ausgebildeten Graefe. — Wiederholt hat der Verf. bei Erkrankungen mit Erhöhung des



intrakraniellen Druckes (insbesondere bei seröser Meningitis) eine Protrusio bulborum beobachtet. Sie dürfte durch Fortpflanzung des Druckes bzw. der den Druck hervorrufenden Vermehrung der cerebrospinalen Flüssigkeit, vielleicht auch der Hyperämie mit Stase, auf die Augenhöhlen und den intravaginalen Raum des Opticus herbeigeführt werden. — Häufig ist der Exophthalmus beim Basedow nicht wirklich vorhanden, sondern wird nur durch das Klaffen der Lider, das sog. Dalrymplesche Symptom vorgetäuscht Das Dalrymplesche Symptom ist durch einen erhöhten Tonus der Lidheber zu erklären, und zwar sowohl des vom Oculomotorius versorgten Levator palpebrae super., wie der vom Sympathicus innervierten Mm. palpebrales. Das Unterlid nimmt an der Erweiterung der Lidspalte ebenfalls teil, wenn auch in geringerem Maße als das Oberlid. Doch hat der Verf. in 2 Fällen von Tetanie den Dalrymple allein durch tonischen Krampf des Levator palpebrae sup. zustande kommen sehen, das Unterlid nahm an der Erweiterung gar keinen Anteil. Das Symptom trat in diesen Fällen anfallsweise auf. — Des weiteren bespricht der Verf. das bei peripherer Facialislähmung zuweilen auftretende „paralytische“ Dalrymplesche und Graefesche Zeichen, den Pseudo-Graefe bei unvollständigen Oculomotoriuslähmungen, das Negrosche Symptom bei peripherer Facialislähmung, das mechanische und das willkürliche Graefesche Zeichen, das sog. Joffroysche Symptom. Das Stellwagsche Zeichen hat der Verf. bei Parkinson noch häufiger gesehen als bei Basedow. Er unterscheidet das Blinzeln als Pause für den Levatortonus, vom Blinzelreflex bei Reizung der Cornea und Conjunctiva, vom sog. Annäherungsreflex, der durch die Vermittlung des Opticus zustande kommt, und von dem Blinzelreflex, der durch Berührung der Gesichtshaut, besonders der Nase, ausgelöst wird. Ausführlich bespricht der Verf. die Ptose durch Oculomotoriuslähmung und die Sympathicusptose, das Verhalten der Lidspalte und der Augenbraue bei Facialislähmung, abnorme Mitbewegungen im Bereiche des Gesichtes („Jaw winking phenomenon“). — Wie aus diesem kurzen Inhaltsverzeichnis zu ersehen ist, bietet die Arbeit eine Fülle interessanter Beobachtungen und geistreicher Analysen. Klarfeld (Breslau).

V. Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie.

● **90. Weygandt, W., Erkennung der Geistesstörungen (Psychiatrische Diagnostik).** München 1920, Lehmann. 250 S. Preis M. 34,—.

Das hier vorliegende Buch tritt zunächst an Stelle einer zweiten Auflage des psychiatrischen Atlasses von Weygandt. Daher ist auf den bildlichen Teil mit 318 Textabbildungen und 18 farbigen Tafeln besonderes Gewicht gelegt. Das Buch gibt ein umfassendes Abbildungsmaterial über Gesichtsausdruck, Gebärdenspiel, Körperbaustigmen, Kleidung und Werke von Geisteskranken, über serologische Reaktionen, technische Handgriffe, psychische Prüfungsmethoden, Tabellen und Kurven, kurz über alles, was einer bildmäßigen Darstellung in der Psychiatrie zugänglich ist. Der Text strebt überall nach Knappheit, Prägnanz, übersichtlicher Zusammen-



fassung. Er ist so disponiert, daß er als vollständiges Schema für den Gang einer psychiatrischen Untersuchung gelten kann, nämlich: I. Vorgeschichte, II. Untersuchung des geistigen Zustandes, III. Untersuchung des körperlichen Zustandes, IV. Serologische Diagnostik. Dieser Teilabschnitt ist von Kafka mit spezialistischer Erfahrung bearbeitet — V. Beobachtung. VI. Vortäuschung u. a., VII. Grenzen des Irreseins, gesetzliche Bestimmungen, VIII. Psychiatrischer Fragebogen und Untersuchungsschema (stichwortmäßig zusammengefaßt). Als IX. Abschnitt ist eine spezielle Diagnostik der einzelnen Seelenstörungen in Stichworten zusammengedrängt. In diese Darstellung des gesamten Untersuchungsganges sind die Spezialmethoden: Vererbungsschema, Intelligenzprüfung usw. an sinngemäßer Stelle eingefügt. — Das Buch ist durchaus praktisch orientiert. Es setzt die Kenntnis von klinischem Anschauungsmaterial und Lehrbuch voraus. Es gibt dem praktischen Arzt, der die Hochschulausbildung hinter sich hat, ebenso dem jüngeren Assistenten einen soliden Rahmen für seine Untersuchung und eine feste Stütze für sein Gedächtnis. Gerade in der Psychiatrie, wo dem weniger Geübten so leicht alle Begriffe und Methoden durcheinanderschwimmen, bietet das Weygandtsche Buch eine begrüßenswerte didaktische Ergänzung. Es vermag mitten in der praktischen Arbeit immer präzis und mit einem Blick zu orientieren. Daß der Fachmann nicht an jedem einzelnen Punkt immer die wissenschaftliche Auffassung und die Art der Darstellung vertreten finden wird, die die seinige ist, ist selbstverständlich; dazu ist es auch gar nicht geschrieben. Auch der Spezialist wird sich aber des Buches, vor allem wegen der bequemen und zum Teil sehr konkreten und detaillierten Zusammenstellung der Untersuchungsmethoden öfters gern bedienen. Als Bildsammlung für den Kollegunterricht endlich bietet es eine wünschenswerte, reichhaltige Reserve zur Ausfüllung von Lücken des lebenden Anschauungsmaterials. Kretschmer.

91. Recktenwald, Epilepsieartige Krampfanfälle im Verlaufe der Schizophrenie. Diese Zeitschr. **58**, 79. 1920

Mitteilung von vier derartigen Fällen. Bei zweien handelte es sich um Kombinationen, einmal mit Duraendotheliom des Stirnhirns, einmal mit Hirnarteriosklerose, beim dritten um ein direktes Symptom des schizophrenen Krankheitsprozesses, beim vierten um eine echopraktische Imitation. Kurt Schneider (Köln a. Rh.).

92. Stier, Ewald, Über Ohnmachtsanfälle, besonders bei Kindern. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 372.

Verf. stellt die „nicht reaktiven epileptischen" den „grundsätzlich reaktiven" Anfällen gegenüber. Er gruppiert: a) respiratorische Affektkrämpfe des frühkindlichen Alters, b) Ohnmachtsanfälle der späteren Kindheit und Jugend, c) hysterische Anfälle, d) reaktive epileptiforme, besonders affektepileptische Anfälle (Bratz). Unaufgeklärt bleiben vorläufig die gehäuften kleinen Anfälle der Kinder und die Gelegenheitskrämpfe der Kinder bei Fieber und Verdauungsstörungen. Eugen Kahn.

93. Hudovernig, Karl, Krieg und Massenpsyche. Neurol. Centralbl. **39**, 210. 1920.

Nach Erörterung der Beziehungen zwischen Einzelpsyche und Massen-

psyche bespricht Verf. die prädisponierenden Faktoren für Störungen des Seelenlebens der Masse und die zahlreichen, durch den Krieg einwirkenden Gelegenheitsursachen. Den Schwankungen der Einzelpsyche während des Krieges erkennt er den Charakter einer Cyclothymie zu, in dem Effekt der summierten Reizeinwirkungen auf die Massenpsyche erblickt er eine manische Psychose, die um so rascher abläuft, je intakter und gesunder der psychische Boden eines Volkes ist. Krambach (Berlin).

94. Meyer, Max (Köppern i. Taunus), **Zur Klinik und Behandlung der sog. gehäuften kleinen Anfälle bei Kindern.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Die klinische Beobachtung von 4 Fällen sog. Pyknolepsie hat die Friedmannsche Auffassung über deren selbständige nosologische Stellung im wesentlichen bestätigt. In sämtlichen Fällen fehlten Anhaltspunkte für eine Beziehung zur spasmophilen Diathese und zur Hysterie. Die Frage der Zugehörigkeit zur Epilepsie kann zwar letzten Endes nur aus dem weiteren klinischen Verlauf entschieden werden; immerhin glaubt Vortr. sowohl aus der Einförmigkeit und der Analyse des einzelnen Anfalls wie vor allem aus dem Mangel jeglicher auf eine epileptische Konstitution hinweisender Momente sowie irgendwelcher psychischer Defekterscheinungen speziell auf intellektuellem Gebiet in diesen Fällen die Annahme einer epileptischen Grundlage ablehnen zu müssen. — Es wurde versucht, der pathogenetischen Stellung dieser Anfälle durch Versuche über deren Auslösbarkeit näherzukommen; indes gelang es weder durch Vasomotorenreizung auf mechanischem, thermischem und chemischem Weg Anfälle auszulösen, noch durch Herbeiführung körperlicher oder geistiger Ermüdung, wie z. B. durch Rechenversuche. Eine Vermehrung der Anfälle im Stadium der Ermüdung konnte nicht beobachtet werden. — Somit finden die bisherigen Erklärungsversuche über die Entstehung der kleinen gehäuften Anfälle infolge Vasomotoren-Übererregbarkeit oder krankhaft erhöhter Ermüdbarkeit des Gehirns bei der klinischen Beobachtung noch keine genügende Stütze. (Ausführliche Mitteilung in der Münchner Medizinischen Wochenschrift.) Eigenbericht (durch Göring).

95. Šerko, Über Simulation von Geistesstörung. Jahrb. f. Psych. **39**, 213. 1919.

Verf. definiert die Simulation: Wenn ein Individuum zweckbewußt handelnd oder durch sein äußeres Verhalten etwas vortäuscht, was ihm momentan nicht zukommt, was es somit aus eigener Erfahrung entweder gar nicht oder doch nur von früheren Erfahrungen her kennt. Behauptung von Beschwerden ohne entsprechendes äußeres Verhalten ist nur Vorschützen, keine Simulation. Die Simulation gehört dem Gebiete der psychopathischen Minderwertigkeiten an, sie ist Ausdruck einer abnormen konstitutionellen Artung und nicht eines Krankheitsprozesses, ebenso die verbrecherische Neigung. Die Vortäuschung echt psychotischer Symptome durch Psychopathen ist also eine wirkliche Simulation. — Am häufigsten ist die Simulation bei verbrecherisch veranlagten, ethisch defekten Dégénerés, besonders solchen mit Zügen hysteroiden Charakters. Die Form der Simulation ist sehr einförmig, meist foudroyanter Ausbruch, rasches Höhe-



stadium und baldige Latenz, zu Anfang meist Tobsuchtsanfall oder Verwirrtheitszustand mit motorischen Entladungen. Simulation chronischer Geistesstörung ist exzeptionell selten. Diagnostische Schwierigkeiten entstehen vor allem gegenüber den psychogenen Geisteszuständen. Verf. bespricht dann die hauptsächlichen Formen der simulierten Geistesstörungen an Hand von 30 mitgeteilten Krankengeschichten. Zuerst den Schwachsinn. Die Pseudodemenz ist eine der häufigsten simulierten Geistesstörungen. Besonders charakteristisch ist die Diskrepanz zwischen der inhaltlichen und formalen Komponente dabei. Die charakteristische äußere Seite der Schwachsinnigen fehlt bei der Simulation, man sieht ihnen die Demenz nicht an. Dagegen geht die Unwissenheit oft unmöglich weit, besonders auch das Sichnichterinnernkönnen. Häufig lehnt sich der Schwachsinn an körperliche Störungen, besonders Schwerhörigkeit an. Verf. versucht dann Abgrenzungen gegenüber psychogenen Störungen zu geben. Der feste Glaube des Kranken an seine Krankheit ist das Wesentlichste jeder psychogenen Störung. Vorgetäuschte Taubheit mit Geistesstörung ist oft hartnäckig. Verf. betont dann noch das Übergehen willkürlich produzierter Anomalien in psychogene Erscheinungen, das kommt auch für Unfallskrankheiten in Frage, dann ist die Diagnose besonders erschwert. Bei den simulierten Verwirrtheitszuständen unterscheidet Verf. 3 Typen: 1. einfache Verwirrtheit, bzw. Tobsucht mit raschem Abklingen in pseudoamnestischen Zustand; 2. Pseudoschwachsinn nach rascher akuter Phase; 3. lytisches Abklingen unter pseudopsychotischen Zügen. — Die retrograde Amnesie kann zwar echt krankhaft sein, ihr Auftreten nach zweifelhaften geistigen Zuständen spricht aber gegen die Echtheit dieser, darauf deutet auch das häufige Vorkommen nach simulierten Geisteskrankheiten hin. Am schwersten ist die Unterscheidung der simulierten Verwirrtheitszustände bei hysterogen anmutenden Bildern mit Ganserschen Zügen. Hier gibt es auch keine scharfen Grenzen zu echten Zuständen. Den simulierten Bildern fehlen meist das Vorbeireden, die typische affektive Betonung, Illusionen und Halluzinationen und die Verkennung der Situation. Fast nie wird die Simulation später zugestanden, aber auch nie die Echtheit mit Nachdruck verteidigt. — Die simulierten Tobsuchtsanfälle (Wirbel) haben einige Beziehungen zu echten pathologischen Erregungszuständen (chronisch Alkohol, Rausch, epileptische Degeneration). Hier gibt es besonders viel Übergänge zwischen echten und bewußt aggravierten Zuständen. Ganz simuliert sind sie fast nie. Charakteristisch ist die Maßlosigkeit, das zweckmäßige, folgerichtige Handeln, das Wüten. Stets schimmert ein theatralischer Zug durch. Auch hier ist der Unglaube an die Krankheit ein wichtiges Kriterium. Die Summation zweier zweifelhafter Zustände spricht weder für, noch gegen die Echtheit, die Wertung des einen bestimmt in gewissem Grade aber den anderen mit. Als typische Formen unterscheidet Verf. sieben: 1. tobsüchtige Erregung mit nachfolgender Amnesie; 2. dasselbe mit konsekutivem Schwachsinn; 3. Verwirrtheitszustand mit Amnesie; 4. dasselbe mit Schwachsinn; 5. primärer Schwachsinn; 6. primärer Erinnerungsausfall; 7. dasselbe mit Schwachsinn. — Unter den atypischen Formen stehen die mit Krampfanfällen obenan. Der simulierte Anfall ist



vom hysterischen oft sehr schwierig oder gar nicht zu unterscheiden, es fehlen ihm aber die körperlichen Begleiterscheinungen, es fehlt ihm die Leidenschaft und die Kontinuität der Entwicklung. Leichter ist der simulierte vom epileptischen Anfall zu unterscheiden. Im übrigen sind die vollentwickelten Anfälle bei zweifelhaften Geistesstörungen für die Diagnosen entscheidend. Verf. schildert dann noch einige atypische Fälle. Verf. gibt unbedingt zu, daß es außer den von ihm genannten Typen noch andere Simulationsbilder gibt. Die Typen stellen aber das dar, was durchschnittlich simuliert wird. Die Simulationsform hängt natürlich auch von den Untersuchungsmethoden ab, sie ist zum Teil ein Produkt der Untersuchung, zum Teil auch der Behandlung, letztere ist besonders für die Dauer der Pseudopsychose von Bedeutung. Zur raschen Überführung ist gläubiges Eingehen, zum Aufgeben Ironie und entsprechende Medikation das Beste. K. Löwenstein (Berlin).

96. Kleist, Autochthone Degenerationspsychose. Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

In einer kritischen Betrachtung des manisch-depressiven Irreseins („Die Streitfrage der akuten Paranoia. Ein Beitrag zur Kritik des manisch-depressiven Irreseins." Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **5**, H. 5. 1911.) war Kleist zu dem Ergebnis gekommen, daß den dem manisch-depressiven Irresein zugezählten Krankheitsformen ein einheitlicher Krankheitsvorgang nicht zugrunde liegen könne. An Stelle des manisch-depressiven Irreseins müßten vielmehr verschiedene Arten abnormer seelischer Veranlagung anerkannt werden, die sich einmal unterscheiden nach Besonderheiten des Auftretens und des Ablaufs der jeweiligen Krankheitserscheinungen (1. autochthone, zeitlich begrenzte Schwankungen, 2. sich nicht wieder ausgleichende Schwankungen, 3. von Anfang an bestehende, dauernde Gleichgewichtsverschiebungen), und die andererseits darin verschieden sind, daß hier dieser, dort jener Komplex psychischer Funktionen es ist, der in einem Falle autochthon-labil ist, im anderen Falle von Kindheit an und in wieder anderen Fällen erst von einer bestimmten Lebensphase ab eine krankhafte Betonung zeigt. — K. berichtet über seine weiteren Beobachtungen und Untersuchungen auf dem Gebiete der konstitutionellen autochthonen Psychosen, für die er die Gesamtbezeichnung „autochthone Degenerationspsychosen" vorschlägt. Hierhin gehören: 1. Die einfache und periodische Melancholie und Manie, sowohl die typischen Fälle wie die abgeschwächten und auch die an Intensität verstärkten Erkrankungen (z. B. die verworrene Manie), ferner das zirkuläre Irresein als eine Kombination zweier degenerativer Anlagen, samt den echten Mischzuständen. Als solche werden nur Erkrankungen anerkannt, die bei denselben Menschen neben rein manischen und rein melancholischen Psychosen vorkommen und die ohne Zwang als Symptommischungen erkennbar sind. Diese Untergruppe kann als die der manisch-depressiven Psychosen im engeren Sinne, unverbindlicher als die der autochthonen Affektpsychosen bezeichnet werden. — 2. Eine Gruppe von mehreren Psychosen mit mehr oder weniger depressiver Färbung, deren wesentliches Merkmal aber jeweils in einem der Melancholie und Manie fremden Symptom gelegen ist und die daher weder als

abgeschwächte noch als verstärkte Melancholien, noch als Mischzustände gedeutet werden können. Die ängstliche Erregung (entsprechend dem Zustandsbilde der Wernickeschen Angstpsychose, die ratlose Erregung, ein von K. schon vor 12 Jahren aufgestelltes Krankheitsbild), die autochthone Zwangsdepression und die autochthone Hypochondrie. — 3. Gewisse paranoische Erkrankungen von autochthoner Entstehung und überwiegend chronischem Verlauf nach Art der von Ewald aus K.s Klinik beschriebenen Fällen (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **49**). — 4. Die expansive Autopsychose, entsprechend dem von Wernicke beschriebenen Krankheitsbilde und dem von Boström aus K.s Klinik veröffentlichten Fällen. (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1920; in Druck). Als Gegenstück zu dieser Psychose können die eigenartigen Erkrankungen mit besonders stark hervortretender Depersonalisation aufgefaßt werden (depressive Autopsychose). — 5. Halluzinoseartige Erkrankungen, von teils depressiver, teils mehr heiterer Färbung von der Art der von Schröder kürzlich mitgeteilten Beobachtungen (Schröder, „Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen", Berlin 1920). — 6. Verwirrtheitszustände, mit Inkohärenz, labilem wechselndem Affekt und mehr oder weniger starker Erregung, bei denen es in seltenen Fällen auch zu echter Desorientierung und amnestischen Erscheinungen kommen kann. — 7. Die Motilitätspsychose. K. empfiehlt diese Wernickesche Bezeichnung für die autochthonen heilbaren, häufig wiederholt auftretenden Erkrankungen mit hauptsächlich psychomotorischen Symptomen vorzubehalten, die nicht der Katatonie angehören. Es sind hyperkinetische (rekurrierende und protrahierte), akinetische und cyclische Formen zu unterscheiden (vergleiche K.s Vortrag über die klinische Stellung der Motilitätspsychosen, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 3. 1912). — Trotz gewisser, auch symptomatologischer Ähnlichkeiten unter allen diesen Psychosen (Überwiegen der homonomen Bilder, Bipolarität der Krankheitszustände in fast allen Untergruppen) kann der Krankheitsvorgang nicht bei allen Formen der gleiche sein. Ähnlichkeiten mit den Basedowpsychosen, dem Myxödem, den Kastrationsfolgen u. ä. Störungen lassen vermuten, daß den autochthonen Degenerationspsychosen verschiedene, spezifisch wirksame im Körper gebildete Gifte, vermutlich endokriner Herkunft zugrunde liegen, wenn es auch nicht dieselben endokrinen Stoffe sein können, wie z. B. beim Basedow. Tatsächliche Hinweise in dieser Richtung enthalten die Abderhalden-Befunde von Ewald. Höchstwahrscheinlich sind außerdem abnorme Gehirnkonstitutionen beteiligt, wofür die Tatsache spricht, daß die Disposition zu manisch-depressiven Erkrankungen durch Herderkrankungen und Hirnverletzungen erworben werden kann. Durch die vermutlich auch lokalisatorisch verschiedenen abnormen Hirnkonstitutionen dürfte die Empfänglichkeit jeweils verschiedener Hirngebiete für die ihnen besonders zugeordneten Giftstoffe erhöht werden. Die Erblichkeitsforschung zeigt zwar, daß sich verschiedene autochthone Degenerationspsychosen bei der Vererbung gegenseitig vertreten können, aber das beweist nicht, daß der Krankheitsvorgang in allen Fällen der gleiche sei; denn einmal sind noch nicht alle hier unterschiedenen



Psychosen bezüglich ihrer Erblichkeitsverhältnisse untersucht, andererseits kommt es auch vor, daß in einer Erbfolge z. B. nur Melancholien auftreten. Möglicherweise bilden daher die Dispositionen zu den einfachen autochthonen Degenerationspsychosen — wie Melancholie, Manie, Hypochondrie, hyperkinetische Motilitätspsychose — primitive Genotypen im Sinne Johannsens, die sich als solche vererben, andere dagegen, wie das zirkuläre Irresein und die cyclische Motilitätspsychose enthalten Komplex-Genotypen, die bei der Vererbung entweder unverändert weitergegeben werden können, sich in anderen Fällen aber bei Kreuzungen in ihre primitiven Genotypen aufspalten, so daß dann in derselben Familie neben zirkulären Erkrankungen periodische Depressionen und Manien auftreten. Offenbar neigen die primitiven Genotypen dieser ganzen Krankheitsgruppe sehr dazu, sich zu komplexen Genotypen zu vereinigen, wodurch sowohl die gegenseitige Vertretbarkeit der einzelnen Formen in der Erbfolge wie das Auftreten zahlreicher, sonst schwer zu deutender Übergangs- und Mischbilder erklärt wird. Eigenbericht (durch Göring).

Diskussion: Liepmann hält den Unterschied zwischen Kleists und Kraepelins Darstellung für wenig bedeutend und weist darauf hin, daß Wernicke in erster Linie das Zustandsbild, Kraepelin den Verlauf bei Benennung der Erkrankungen berücksichtigt hat. Göring.

VI. Allgemeine Therapie.

97. Leidner, Über das Elektrokardiogramm bei Morbus Basedowii und seine Beeinflusung durch kühle Moorbäder. Zeitschr. f. Balneol., Klimatol. u. Kurorthyg. **11**, 119. 1919.

Günstige Beeinflussung (Sinken der F-Zacke des Elektrokardiogramms bei steigendem Blutdruck) durch kühle Moorbäder bei Basedowkranken. Ähnliches bei nervösen Erkrankungen, besonders bei gleichzeitigen Reizerscheinungen von seiten des Zirkulationsapparates. K. Löwenstein.

● **98. v. Oordt, Physikalische Therapie innerer Krankheiten.** I. Bd. Die Behandlung innerer Krankheiten durch Klima, spektrale Strahlung und Freiluft (Meteorotherapie). (Allgemeiner Teil der Enzyklopädie der klinischen Medizin.) Berlin 1920, Verlag J. Springer. 568 S. Preis M. 48,—.

Handbuchmäßige Darstellung der Klimatotherapie (Allgemeine Klimatik, Binnenländische Klimata der Niederungen und geringen Höhenmengen, Binnenländische Klimata mit hervortretender Eigenschaft der Höhenlage, Seeklimata), Therapie mit der spektralen Strahlung (Heliotherapie, Therapie mit künstlichen Lichtquellen), Aerotherapie (Freiluftbehandlung). Da in den einzelnen Abteilungen die Indikationen und Wirkungsweise auch der nervösen Erkrankungen ausführlich abgehandelt werden, ist das Buch auch für den Neurologen von Interesse, abgesehen von der allgemein ärztlichen Wichtigkeit der in ihm eingehend und klar behandelten Probleme.

K. Löwenstein (Berlin).

99. Schenk, Erich, Zur Behandlung der Meningitis serosa circumscripta. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 209.

Mitteilung eines mit partiellem Erfolg operierten Falles.

Eugen Kahn (München).



100. Neisser, Über Jodbehandlung bei Thyreotoxikose. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 461. 1920.

Die innerliche Anwendung von Jodkali bei Basedow ist im allgemeinen verpönt, da bei Anwendung der üblichen Dosen oft erschreckende Verschlechterung eintritt. Es gibt aber eine Reihe von thyreotoxischen Symptomenbildern und Basedowerkrankungen, bei denen Jod von hervorragender Heilwirkung ist. Als besonderes Charakteristicum dieser Heilwirkung ist anzuführen, daß sie bei einer bestimmten Dosis nahezu plötzlich, katastrophenhaft eintritt, so daß der Symptomenkomplex in wenigen Tagen eine rapide Besserung erfährt. Als Beleg werden verschiedene Fälle von ausgesprochen schweren, mittelschweren, leichteren Basedowfällen, Kropfherz, Altersthyreosis mitgeteilt. Besonders geeignet für Jodtherapie sind diejenigen Fälle, deren Erkrankung 1. schon längere Zeit bestanden hatte, deren Gewichtssturz bereits eingetreten war und entweder zum Stillstand oder zu sehr erheblicher Verlangsamung gelangt war; 2. bei denen der Kropf entweder gering entwickelt, insbesondere aber wenig pulsierend oder bereits verkleinert war, nachdem er früher groß gewesen war; 3. in denen Glanzaugen, nicht ausgesprochener Exophthalmus bestanden; 4. bei denen typische Tachykardie, nicht aber Herzvergrößerung nachweislich war. Man beginnt am besten je nach der Schwere des Falles mit einer Stammlösung 1 : 20, gibt 3mal 3 Tropfen und steigt dann fortgesetzt. Als Kontrolle dient genaue tägliche nüchterne Wägung und Pulskontrolle. Die günstige Wirkung ist wahrscheinlich nach dem biogenetischen Grundgesetz von Arndt zu erklären, demzufolge kleine Dosen eine reizende, große Dosen eine lähmende Wirkung ausüben. Schob (Dresden).

● **101. Schlesinger, H. Ärztliches Handbüchlein für hygienisch-diätetische, hydrotherapeutische, mechanische und andere Verordnungen.** Berlin 1920, Verlag J. Springer. 12. Aufl. 205 S. Preis M. 10,—.

Kurze, sehr übersichtliche Zusammenstellung, unter anderem auch der Entfettungs- und Mastkuren, der Mineralwasserkuren, hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen, der Gymnastik. K. Löwenstein (Berlin).

102. Rosenthal, Nebenwirkungen des Nirvanols. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 129.

Stark juckendes, großfleckiges Exanthem am ganzen Körper mit Fieber; Dauer 2 Tage. Dann Schweißdrüsenabscesse in beiden Achseln und Furunkel an verschiedenen Körperstellen, vielleicht durch Kratzen infolge des Juckreizes. Es war an 3 aufeinanderfolgenden Tagen nach Operation wegen Tubargravidität je 0,5 Nirvanol gegeben worden. Eugen Kahn.

103. Froboese, Curt, Gegen die Anwendung von Nirvanol. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 186.

Scharfe Warnung vor Nirvanol unter Anführung einer Selbstbeobachtung (Kopfweh, Schwindel, Temperatursteigerung, Exanthem, Bluten und Kitzeln der Nasenschleimhaut, Sensationen in der Harnröhre und am After). Eugen Kahn (München).

104. Ranzi, E., Zur Exstirpation des Ganglion Gasseri. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 445. 1920.

Bericht über 16 Fälle, die seit 1901 an der 1. chirurg. Klinik in Wien



operiert wurden. Drei Patienten starben, und zwar an Luftembolie, an einer Verletzung der Carotis interna und an Meningitis. Dreizehn Fälle sind operativ geheilt. Irgendwelche bleibende Augenstörungen wurden nicht beobachtet; stets wurde durch eine Woche nach der Operation das Auge durch ein Uhrglas geschützt. Es wurde anfänglich nach der Krauseschen Methode operiert, in der letzten Zeit ausschließlich die Cushingsche Methode angewendet, da bei dieser der Schläfenlappen nicht so stark mit dem Spatel gehoben werden muß und so den Erweichungsherden daselbst gesteuert wird. J. Bauer (Wien).

105. Schwarz, O., und R. Wagner, Über Tetanie der Blase und ihre Behandlung. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 604. 1920.

Bei zwei Kindern, die im Verlaufe einer Tetanie komplette Harnretention zeigten, genügte eine einmalige intravenöse Injektion von Afenil (10proz. Calciumchlorid-Harnstofflösung) zur dauernden Behebung der Harnverhaltung, die im ersten 13, im zweiten 3 Tage gedauert hatte. Gleichzeitig sistierten die Carpopedalspasmen. Das Calcium scheint demnach eine rationelle Therapie der manifesten Tetaniesymptome darzustellen.

J. Bauer (Wien).

106. Rubritius, H., Ein Fall von Harnretention auf tabischer Grundlage, durch Sphincterotomie geheilt. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 680. 1920.

Bei einem 53jährigen Offizier mit Tabes dorsalis stehen seit Jahren die Blasenbeschwerden im Vordergrunde des Krankheitsbildes. Dem Kranken gelingt es nur in hockender Stellung bei gleichzeitigem Stuhlabgang den Harn zu entleeren, so daß schließlich eine Cystopyelitis und Urotoxämie eintritt. Die Eröffnung der Blase mit folgender suprapubischer Drainage und die Sphincterotomie mittels Keilexcision brachte dauernden Erfolg, so daß der Kranke jetzt seinen Harn restlos entleert. Die Keilexcision des Sphincters ist gegenüber der endovesicalen Durchtrennung des Sphincters als die gründlichere Operation anzuraten und kommt bei hypertonischen Blasen mit Residualharn in Betracht, wenn noch keine Motilitätsstörungen oder sonstige schwere Symptome das Krankheitsbild beherrschen. J. Bauer (Wien).

107. Pototzky, Zur Behandlung der Enuresis nocturna (Camphertherapie, Milieusuggestionsmethode u. a.). Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 180.

Verf. empfiehlt die Campher-Kalk-Therapie, warnt aber vor einseitiger Bevorzugung einer einzelnen Methode. Eugen Kahn.

108. Spiess, Gustav, Heilung eines Falles von Meningitis nach endonasaler Operation eines Hypophysentumors durch Trypaflavininfusionen. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 207.

Kasuistische Mitteilung. Eugen Kahn (München).

109. Schönbauer, L., und H. Brunner, Zur Behandlung der Meningitis mit Staphylokokkenvaccine. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 491. 1920.

Auf Grund der Beobachtung von zwei Fällen schwerer Meningitis kommen die Verff. zu dem Schlusse, daß die Injektion von polyvalenter Staphylokokkenvaccine die Entwicklung einer schweren Meningitis nicht aufhalten könne, leichte (seröse) Formen dagegen unter Vaccinetherapie



einen günstigen Verlauf nehmen. Da die Vaccine die Patienten nicht schädigt, ist ihre Anwendung als Prophylakticum zu empfehlen.

J. Bauer (Wien).

110. Stekel, W., Ein Fall von geheilter Homosexualität. Ges. d. Ärzte in Wien, 25. Juni 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 618. 1920.

Ein 39jähriger Mann, dessen homosexuelle Einstellung seit der Kindheit bestand und der nie einen Pollutionstraum gehabt hatte — das sicherste Kennzeichen einer „angeborenen Homosexualität" — wurde mit analytischer Erforschung und suggestiver Beeinflussung behandelt. Es ergab sich, daß er ausschließlich in männlicher Gesellschaft aufgewachsen war und von seinem älteren Bruder im 7. Lebensjahre verführt wurde, ein Erlebnis, das er immer wieder zu reaktivieren trachtete. Die Behandlung hatte vollen Erfolg. Die Wichtigkeit des Falles besteht darin, daß es eine Psychogenie der Homosexualität gibt und man die Operation nach Steinach Lichtenstern erst dann ausführen soll, wenn eine sachgemäße psychotherapeutische Behandlung versagt hat. J. Bauer (Wien).

111. Lenk, R., Chirurgische und Röntgenbehandlung der Trigeminusneuralgie. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 446. 1920.

Die operative Behandlung der Trigeminusneuralgie soll erst dann in Angriff genommen werden, wenn eine vorausgegangene länger dauernde Röntgenbehandlung resultatlos verlaufen ist. Abgesehen davon, daß die letztere eine gefahrlosere Behandlung darstellt, sind chirurgisch erfolglos vorbehandelte Fälle röntgenologisch unbeeinflußbar. J. Bauer (Wien).

112. Vollrath, Polikliniken für Psychotherapie an den Irrenanstalten. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 175. 1919/20.

Die Erfahrungen der Neurotikerabteilungen mahnen eindringlich, die seelische Behandlung mehr zu pflegen. Zu dem Zweck wird vorgeschlagen, an Irrenanstalten Polikliniken zu schaffen, vielleicht auch Behandlungsabteilungen anzugliedern. Für die Irrenanstalten wäre dies gewiß eine wertvolle Bereicherung und viele Kranke könnten davon Nutzen haben, wenn auch für eine große Anzahl erst durch die Aufnahme in die Anstalt der richtige Erfolg erzielt werden würde. Müller (Dösen).

● **113. Rumpf, Th., Die Erhaltung der geistigen Gesundheit.** Bonn 1919, Marcus & Weber. 69 S. Preis M. 3,60.

Populäre, von beneidenswertem Optimismus getragene Aufklärungsschrift über Schutz der geistigen Gesundheit, Erziehung zum Staatsbürger, Einwirkung des täglichen Lebens, ältere und moderne Suggestionen, Stählung des Willens, Erziehung zur Lebensfreude durch Pflichterfüllung, Schickung in den Tod, Lebensregeln — sind die Stichworte der Schrift, der Verf. — zu welchem Zwecke? — einen oberflächlichen Überblick über Hirn und Seele voranschickt. Kehrer.

● **114. Heffter, A., Handbuch der experimentellen Pharmakologie. Zweiter Band, 1. Hälfte.** Mit 98 Textabbildungen. 598 S. Berlin 1920. Verlag von Julius Springer. Preis M. 48,—.

Der neue Abschnitt reiht sich würdig den bereits erschienenen Teilen des großzügig angelegten Werkes an. Der Band ist von folgenden Autoren bearbeitet.: Erwin Rohde-Heidelberg (Pyridin, Chinolin, Chinin, Chinin-



derivate). E. Poulsson-Christiania (Die Cocaingruppe). — R. Boehm-Leipzig (Curare und Curarealkaloide). — R. Boehm (Veratrin und Protoveratrin). — R. Boehm (Die Aconitingruppe). — R. Boehm (Pelletierin). — E. Poulsson (Die Strychningruppe). — Paul Trendelenburg-Rostock (Santonin). — Paul Trendelenburg (Pikrotoxin und verwandte Körper). — R. Magnus-Utrecht (Apomorphin, Apocodein, Ipecacuanha-Alkaloide). — H. Fühner-Königsberg i. Pr. (Die Colchicingruppe). — Johannes Bock-Kopenhagen (Die Pyridinderivate). F. Plaut.

115. Maas, O., Operativ behandelter Fall von angeborenen choreatisch-athetoiden Bewegungen (Demonstration). Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkr. Sitzung v. 12. VII. 1920.

Zuerst erneute Demonstration eines 1917 bereits vorgestellten, damals von M. Katzenstein operierten Kranken, bei dem nach Durchschneidung der wichtigsten Arm- und Schulternerven unter Schonung der sensiblen Endäste der Nervi medianus und ulnaris die unwillkürlichen Bewegungen nahezu völlig und dauernd verschwanden. Auf Grund einer Arbeit von Horsley, der in 3 Fällen durch Entfernung der vorderen Zentralwindung Athetose geheilt hatte, bei im wesentlichen sensiblen bleibenden Ausfallserscheinungen und teilweiser Wiederkehr der Bewegungen ließ Vortr. durch M. Borchardt die gleiche Operation bei einem Kranken mit seit Geburt bestehenden choreatisch-athetoiden Bewegungen mit nur mäßiger Behinderung der Gebrauchsfähigkeit der oberen Extremitäten ausführen, und zwar nach elektrischer Reizung der Arm-, Hand- und Fingerregion rechts: Entfernung der Hirnrinde auf 3—4 cm Länge, $^3/_4$—1 cm Breite und 2 mm Dicke. Zuerst fand sich eine Lähmung der Daumenbewegungen und eine fast völlige Beseitigung der unwillkürlichen Bewegungen links. Dies schwand aber nach und nach, jetzt sind die unwillkürlichen Bewegungen wieder links ebenso stark wie rechts. Eine Lähmung besteht nicht. Nadelstiche und kleine Gegenstände werden in der linken Hand undeutlicher als rechts gefühlt, sonst keine Störung für Berührung, Schmerz, Lagegefühl, Lokalisation und Tastsinn. Es ist nicht zu entscheiden, ob der Eingriff nicht radikal genug war, oder andere Veränderungen als in Horsleys Fällen zugrunde lagen. Bemerkenswert ist das Fehlen der nach Entfernung der vorderen Zentralwindung erwarteten spastischen Parese. Dies berechtigt in ähnlichen Fällen den Eingriff in weiterer Ausdehnung zu wiederholen. — Aussprache vgl. nächstes Referat. K. Löwenstein (Berlin) (nach Eigenbericht).

116. Maas, O., und C. Hirschmann, Erfolgreich wiederholte Rezidivoperation bei Hirntumor. Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkr. Sitzg. v. 12. VII. 1920.

38jährige Frau, die März 1917 über seit einem Jahre bestehende Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit, Zungenbiß, Urinabgang mit Krämpfen besonders der rechten Extremitäten, außerdem Anfälle ohne Bewußtlosigkeit mit Zusammenziehen und Zuckungen der rechten Hand, dann des Arms, dann des Beins, dabei im Beginn Unfähigkeit zu sprechen, klagte. Objektiver Befund außer Fußklonus rechts negativ. Diagnose: Jacksonsche Epilepsie infolge Neubildung im Bereich der linken vorderen Zentralwindung. Später zeigten sich leichte Störungen in der rechten Körperseite. Bei der nach einigen Monaten von Hirschmann vorgenommenen Operation fand sich ein flacher Tumor. Nach der Operation folgender Sprachverlust und rechtsseitige Lähmung besserten sich nach Entleerung eines



epiduralen Hämatoms, so daß September 1917 nur geringe Residuen einer rechtsseitigen Lähmung bestanden. Die zunächst fortgebliebenen Anfälle stellten sich wieder ein, Oktober 1918 fanden sich außerdem nur geringe Erscheinungen einer rechtsseitigen Parese, es wurde ein Rezidiv angenommen. Bei einer erneuten Operation, November 1918, fand sich eine fünfmarkstückgroße, 3 mm dicke Geschwulst. Bei der Entfernung mußte bis in das Marklager vorgedrungen werden. Nach einigen Monaten Freisein traten täglich 1—2 kleine Anfälle in der rechten Körperseite und alle 4 Wochen schwere Anfälle auf. Objektiv fanden sich dann: deutliche Zeichen einer rechtsseitigen Hemiparese, Gefühlsstörungen an der rechten Hand, Schwäche des rechten Bauchreflexes, Oppenheimscher Reflex rechts dorsal, Nachschleifen des rechten Beines. Bei der dritten Operation im Oktober 1919 fand sich eine ohne erkennbare Begrenzung allmählich in das Marklager übergehende Tumormasse, die in der Größe einer Pflaume entfernt wurde. Mikroskopisch fand sich ein mäßig zellreiches Gliom (Benda). Juli 1920 berichtet die Patientin, daß große Anfälle mit Bewußtlosigkeit seit der dritten Operation nicht mehr vorgekommen seien, die kleinen Anfälle verliefen leichter ohne Zittern und unwillkürliches Erheben des Armes, beständen nur in vorübergehendem Schwächegefühl rechts und eigentümlichen Empfindungen in der rechten Hand, zuweilen auch Druckgefühl in der rechten Gesichtshälfte. Sie könne, im Gegensatz zu früher, große Spaziergänge machen. Objektiv fand sich Parese des ganzen rechten Armes mit Steigerung der Sehnenphänomene, unvollständiges Gelingen von Spreizen und Adduction der Finger, während Opposition vollständig, wenn auch schwach, ausführbar ist. Leichte Hypästhesie an den distalen Teilen des 3. bis 5. Fingers, grobe Störung des Tastvermögens. Leichte Schwäche des rechten Beines, Fehlen der Auswärtsdrehung des Fußes und fast aller Zehenbewegungen. Keine Sensibilitätsstörung am rechten Bein.

Bemerkenswert ist die Besserung und vor allem die Verringerung der Anfälle seit der vor $^3/_4$ Jahren vorgenommenen Operation, obwohl die nicht abgrenzbaren Tumormassen nur zum Teil entfernt werden, außerdem die verhältnismäßig geringen Ausfallserscheinungen trotz der ausgedehnten Entfernung bzw. Infiltrierung der vorderen Zentralwindung durch die Geschwulstmassen.

Aussprache (zugleich zum vorigen Referat): Bonhoeffer fragt, ob bei dem Fall von bilateraler Athetose nach der Operation die Athetose der Armbewegungen geschwunden war. Daß mit dem Eintritt der Lähmung die athetotischen Bewegungen zum Schwinden kamen, würde dem gewöhnlichen Verhalten bei der posthemiplegischen Chorea entsprechen, bei der sich die Chorea auch erst nach Eintritt einer gewissen Restitution der Pyramidenbahn bemerkbar macht. Für die Frage der Rückbildung der Lähmung trotz Excision der Zentralwindung wäre es von Bedeutung, ob die Zentralwindung durch Reizversuche festgestellt worden ist. Es kommt sonst leicht zu Täuschungen, weil auch bei breiter Freilegung der Hirnwindungen die Lage der Zentralwindung nicht immer leicht festzustellen ist. B. hat artifizielle Rindenläsionen früher mehrfach bei Miculicz, der die Epilepsie durch Pialösung zu beeinflussen suchte, klinisch beobachtet. Er hat immer dem Rindenterritorium entsprechende leichte Ausfallserscheinungen vor allem im Handgebiet, beobachtet.

Liepmann: Bei den Vorstellungen, die wir bisher über Beziehungen der Synergien zu den Zentralwindungen, und besonders zu der vorderen, hatten, wären nähere Angaben über die feinere Beweglichkeit der rechten Hand des zweiten Patienten dankenswert. Wie weit sind Synergien beeinträchtigt? Sind Störungen der Praxie vorhanden? Wie ist die Schrift? Beim dritten Patienten (Tumor) ist die Handschrift zwar leserlich, aber sehr erschwert, verlangsamt und deutlich verschlechtert. In den Ausdrucksbewegungen tritt Neigung zu falschem Ansatz hervor, wohl Andeutung von Dyspraxie.

O. Maas (Schlußwort): Elektrische Prüfung hat in beiden Fällen stattgefunden. Bei dem ersten Patienten wurde das Armzentrum elektrisch festgestellt, bei der Kranken mit der Jacksonschen Epilepsie war bei der dritten Operation als Folge



der ausgedehnten Geschwulstbildung Erregbarkeit der vorderen Zentralwindung nicht festzustellen. Bei den Kranken mit choreatisch-athetoiden Bewegungen ist in der Krankengeschichte ausdrücklich erwähnt, daß (abgesehen von Daumenbewegungen) Lähmung der linken oberen Extremität nach der Operation nicht eingetreten ist. — Störungen der Praxie wurden nicht beobachtet. Die nachträgliche eingehende Untersuchung hat bei beiden Kranken in bezug auf Praxie normale Verhältnisse ergeben, die wegen Jacksonscher Epilepsie operierte Frau führt mit der rechten Hand gewisse Bewegungen nicht in normaler Weise aus. Es handelt sich aber nicht um Störung der Praxie, sondern um Folge von Parese, durch die die Bewegungen der einzelnen Finger zum Teil gestört sind, die linke Hand führt alle Bewegungen richtig aus. K. Löwenstein (nach Eigenberichten).

117. Fabian, Über die operative Behandlung des Morbus Basedowii. Berl. Klinik. Heft 327. 1919.

Verf. schildert die durch die Operation erzielte Beeinflussung der Symptome. Weitaus die meisten Kranken werden durch die Operation wieder arbeitsfähig. Die besten Erfolge werden beim klassischen, voll ausgebildeten Basedow erzielt. Das mit degenerativ-neuropathischer Veranlagung verbundene Basedowoid ist unheilbar, operative Therapie bei ihm verfehlt. Im übrigen werden 80—90% geheilt bzw. gebessert. Über Dauerheilungen kann kein Zweifel sein. Die Mißerfolge werden um so seltener. je radikaler operiert wird. Die Mortalität beträgt im ganzen wenig über 5%. Verf. bespricht die Todesursachen, den akuten postoperativen Thyreoidismus, den Thymustod. — Es soll nicht im akuten Erregungszustand operiert werden, sondern in der Remission. Besonders wichtig ist die Frühoperation, d. h. in den ersten 6 Monaten, sonst soll erst viel später, nach Abklingen der Periode der schwersten Intoxikationen operiert werden.

K. Löwenstein (Berlin).

118. Maass, W., Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Trivalins. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 884.

1 ccm Trivalin-Oberlach enthält: 0,01 935 g Morphin. valer., 0,0 037 g Coffein. valer. und 0,00 506 g Cocain. valer. Das Trivalin steht pharmakodynamisch dem Morphin am nächsten; es ist relativ unschädlich, wenn nicht mehr als 0,015 pro dosi bzw. 0,05 pro die gegeben wird. Das Mittel, das nicht die unangenehmen Nebenwirkungen des Morphins und analoger Medikamente hat, soll sehr brauchbar sein. Verf. hat es u. a. bei Morphinentziehungskuren angewendet. Eugen Kahn (München).

119. Weichbrodt, R., Recurrensinfektionen bei Psychosen und experimentelle Untersuchungen über Recurrensspirochäten. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 678.

Therapeutisch, abgesehen von guten Remissionen, keine positiven Ergebnisse. Reinfektion beim Menschen gelang nicht. Ausführliche Veröffentlichung soll an anderer Stelle erfolgen. Eugen Kahn (München).

120. Poniemunski, A., Zur Neuralgiebehandlung mit Einspritzung unter hohem Druck. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 658.

Mitteilung über Erfahrungen mit dem Langeschen Verfahren, das bei sachgemäßer Indikationsstellung und Technik ein sehr wertvolles Mitte zur Behandlung von Neuralgien sei. Eugen Kahn (München).



VII. Spezielle Neurologie und Psychiatrie.

Muskeln und Nerven.

121. Hammer, Myositis ossificans circumscripta traumatica und cartilaginäre Exostosen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. **25**, 14. 1918.

Beobachtung an 20 Fällen. Beschreibung der verschiedenen Formen, Mitteilung der Röntgen- und histologischen Befunde, wie der Pathogenese. Erörterung der Differentialdiagnose zwischen Myositis ossificans und cartilaginären Exostosen. Differentialdiagnostische Bedeutung des Röntgenbildes. K. Löwenstein (Berlin).

122. Reichle, Über einen Fall von hoher, subcutaner Zerreißung des Plexus brachialis. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 376. 1920.

Fall von subcutaner Zerreißung des Plexus brachialis C_5—D_1 dicht an der Austrittsstelle aus der Medulla spinalis; bei Operation bestätigt. Ursache: Erfassung des Armes von einer Transmission, dabei brüske Hyperextension des Armes. Schob (Dresden).

Sympathisches System. Gefäße. Trophik. Wachstumsstörungen.

123. Kahane, M., Über Gefäßreaktion bei Aortenaffektionen. Ges. d. Ärzte in Wien, 3. Juli 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 646. 1920.

Neuerlicher Hinweis auf den Wert der Galvanopalpation, die auch bei Aortenaffektionen eine Hautreaktion im Gefäßbezirke des erkrankten Gebietes ergibt. J. Bauer (Wien).

124. Kahane, M., Cutane Diagnostik innerer Krankheiten. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk., 8. Januar 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 348. 1920.

Bei Erkrankungen der Visceralorgane zeigen die regionär entsprechenden Hautgebiete eine erhöhte Erregbarkeit der sensiblen und vasomotorischen Nervenendigungen, die sich bei der Prüfung mittels des galvanischen Stromes im Auftreten von Schmerzempfindung und Hautrötung kundgibt. Der Wert dieser „Galvanopalpation" besteht in der Anwendung dosierbarer Reize und der dem Krankheitssitze entsprechenden streng regionären Hautrötung. J. Bauer (Wien).

125. Zak, E., Über viscero-vasomotorische Zonen. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 535. 1920.

Bei aortenkranken Menschen findet sich an der Haut über dem Manubrium sterni und seitlich davon eine wie von einem Insolationserythem gerötete Zone, die den Eindruck eines roten Halbmondes macht, dessen Enden ungefähr in der Mitte der Clavikeln liegen, während der untere Begrenzungskontur bis zur Crista sterni reicht. Sowohl mechanische als psychische Reize erweisen die stärkere Ansprechbarkeit dieser Hautpartie. Diese vasomotorische Zone, die als Objektivierung der entsprechenden Headschen Zone anzusehen ist, entspricht dem Reizzustand der vasomotorischen Zellen und Fasern im Rückenmark. Neben einem viscerosensorischen und visceromotorischen Reflex (Mackenzie) muß man noch einen viscerovasomotorischen Reflex annehmen. J. Bauer (Wien).



126. Kahane, M., Über Galvanopalpation. Wien. med. Wochenschr. **69**, 1842, 1901 u. 1950. 1919.

Die diagnostische Verwertbarkeit der Galvanopalpation basiert auf der Hervorrufung einer sekundären Lokalreaktion, die ein subjektives und ein objektives Element enthält, welch letzteres die sich als Hautrötung kundgebende Reaktion der Vasomotoren ist. J. Bauer (Wien).

127. v. Teubern, Zum Wert des Vagusdruckversuchs in forensischer Beziehung. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 22.

Bei Leuten mit stark positivem Vagusdruck genügt eine kurze, mehr oder weniger intensive Kompression des Halses zur Herbeiführung des sofortigen Herztodes. Mitteilung eines Falles von Suicid durch Strangulation, bei dem vorher der Czermaksche Versuch gemacht worden war. Eugen Kahn.

128. Davidsohn, Heinrich, Über die Hutchinsonschen Zähne. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 295.

Die typischen Hutchinsonschen Zähne sind klein, schmal, kolbig und divergierend; an der Schneidekante haben sie eine seichte Ausbuchtung. Hypoplasien und halbmondförmige Cariositäten der Schneidekante („Pseudo-Hutchinson") dürfen damit nicht verwechselt werden. Eugen Kahn.

129. Hoffmann, Victor, Zur Frage der Schmerzbahnen des vegetativen Nervensystems. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 736.

Die Schmerznerven des N. splanchnicus gehören dem vegetativen Nervensystem zu, welches nur relativ autonom ist. Die geringe Zahl der visceralen Schmerznerven erklärt die relative Analgesie der Eingeweide. Eugen Kahn (München).

130. Kleemann, M., Der Vagusdruckversuch und seine Bedeutung für die Herzfunktion. Dtsch. Archiv f. klin. Med. **130**, 221. 1919.

Verf. schildert die einzelnen Komponenten der Vagusdruckwirkung eingehend (chronotrope, auf den Vorhof, Heterotopie fördernde, dromotrope, bei Extrasystolie, bei Herzblock). Der rechte Vagus wirkt häufiger auf den Sinusknoten, der linke mehr auf Tawaraknoten, die Zentren in den Kammern und die Reizleitung. Es sind meist kranke Herzen, die auf Vagusreiz ansprechen, aber nicht alle kranken Herzen sind für Vagusreizung überempfindlich. Der positive Ausfall des Vagusdruckversuches läßt keinen sicheren Schluß auf eine Herzerkrankung zu. K. Löwenstein.

131. Robinski, Knochen- und Gelenkerkrankungen bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Zeitschr. f. klin. Med. **89**, 361. 1920.

Verf. bespricht zuerst die Knochen- und Gelenkerkrankungen bei Tabes und Syringomyelie an Hand der Literatur hinsichtlich ihres Vorkommens, der Diagnose und der Art ihres Auftretens. Bezüglich der Entstehung nimmt Verf. an, daß nervöse Einflüsse, deren Natur noch nicht zu entscheiden ist, die maßgebenden Faktoren sind. Er bespricht die pathologische Anatomie eingehend, und teilt dann 3 eigene Fälle mit ihren mikroskopischen und chemischen Befunden mit. Chemisch hatten die Knochen bei tabischen Spontanfrakturen und Arthropathie dieselbe Zusammensetzung wie normale Knochen. Zur Erklärung der Spontanfrakturen ist eine be sondere Knochenbrüchigkeit anzunehmen, deren Erklärung durch Veränderungen im Knochen selbst zu suchen ist. Die Verbindung resorptiver

Vorgänge mit unarchitektonischem Aufbau ist als Ursache der Knochenbrüchigkeit anzusehen. K. Löwenstein (Berlin).

132. Boden, Über den Einfluß der langen Herznerven auf die Form des Elektrokardiogramms in einem Falle von paroxysmaler Tachykardie. Dtsch. Archiv f. klin. Med. **130**, 249. 1919.

Atropin und Adrenalin machten sich im Elektrokardiogramm unterscheidende Tachykardien. Die Atropinveränderungen entsprachen denen des Spontananfalls. Letztere werden als durch nervöse Einflüsse bedingte, einseitig verstärkte Kammertätigkeit gedeutet, als Ursache der Fortfall der normalen negativen chronotropen Vaguswirkung erkannt.

K. Löwenstein (Berlin).

133. Strisower, R., Pharmakologische Beeinflussung des Pulses bei einem Fall von Herzblock. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 269. 1920.

Bei einem 82jährigen Manne mit vorgeschrittener Atherosklerose kommt es wahrscheinlich infolge von Coronarsklerose und der dadurch bedingten schlechten Blutversorgung des Herzens zur Überleitungsstörung mit Dissoziation und ventrikulärer Bradykardie. Nach Injektion von 0,5 ccm eine 1prom. Adrenalinlösung stieg die Pulsfrequenz von 28 auf 88, der Druck von 160 auf 200 mm Riva-Rocci. Diese Wirkung hielt 10 Tage an. Es muß in diesem Falle für die durch das Adrenalin hervorgerufene Umwandlung der Herzblocks in Sinusrhythmus eine Verbesserung des Leitungsvermögens des Herzens oder eine erhöhte Reizbarkeit, evtl. beides angenommen werden. Für die langanhaltende Wirkung des Adrenalins in diesem Falle ist die Möglichkeit am wahrscheinlichsten, daß durch die Erweiterung der Coronargefäße, wie sie das Adrenalin hervorruft, eine bessere Durchblutung des Herzens und eine erhöhte Leitfähigkeit stattfand, wodurch der Herzblock aufgehoben werden konnte. Es empfiehlt sich, sehr geringe Mengen von Adrenalin (0,25 ccm 1°/₀₀ Lösung) zu verwenden, um unerwünschte Drucksteigerungen auszuschließen und eine öftere Medikation zu ermöglichen. J. Bauer (Wien).

134. Pal, J., Über das Tonusproblem der glatten Muskeln der Hohlorgane und seine Bedeutung für die Therapie. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 146.

„Der Muskeltonus ist eine Funktion, deren Aufgabe es ist, die kinetischen Vorgänge regulierend zu beeinflussen"; es kann sekundär zu reparatorischer Hypertonie kommen, doch tritt hypertonische Funktionsstörung auch primär auf. Eugen Kahn (München).

Sinnesorgane.

135. Schilling, R., Über die Funktion der vertikalen Bogengänge. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 768.

Der rotatorische Nystagmus beim Menschen ist eine Funktion der oberen, der vertikale eine Funktion der hinteren Bogengänge. Eugen Kahn.

● **136. v. Rohr, M., Die binokularen Instrumente.** II. Band der naturwissensch. Monographien und Lehrbücher, 2. vermehrte und verbesserte Auflage. 302 S. 136 Textabbildungen. Berlin 1920. Springer. Preis M. 40,—.

Ausführliche, historisch quellenmäßige Darstellung der Entwicklung



der binokularen Instrumente mit dem Hinweis auf die Überlegenheit derselben über die unokularen Instrumente. Von medizinischem Interesse sind die Abschnitte über binokulare Lupen und Mikroskope, sowie das stereoskopische Ophthalmoskop. Bostroem (Rostock).

137. Löhlein, W., Richter und Schwarz, Untersuchung über die Sehschärfenbestimmung bei kleinen Kindern, mit besonderer Berücksichtigung der Bedeutung psychischer Faktoren. v. Gräfes Arch. f. Ophthalmol. **102**, 146. 1920.

Versuche an 3—5jährigen Kindern. Die beste Erkennungskonstanz wird erzielt, wenn dem Kinde bekannte Sehdinge gezeigt werden, die ihrer Natur nach keine charakteristische Größe besitzen. Die plastische Darstellung begünstigt weder die Erkennungsdistanz noch die Erkennungskonstanz. Schattenriß auf weißem Grund ist daher am meisten zu empfehlen. Die vielfarbigen Darstellungen sind nur insofern von Bedeutung, als sie das Interesse der Kinder mehr fesseln. Als Objektive für Sehprobentafeln für leseunkundige Kinder eignen sich nur Bilder, die dem Ideenkreis des Kindes entnommen sind. Nur Gegenstände mit einfachen, aber charakteristischen Umrissen sind zu gebrauchen. Jeder komplizierte Schattenriß bewirkt eine erhebliche Beteiligung der verschiedenen nicht optischen Faktoren des Gesichtssinnes und verschlechtert dadurch die Erkennungskonstanz des Bildes. Die Auswahl der Bilder läßt sich nur auf Grund empirischer Feststellung mit Hilfe emmetropischer Augen treffen. Auch die Größen der als geeignet befundenen Bilder müssen auf empirischem Wege gewonnen werden. Bostroem (Rostock).

138. Kobrak, Die Gefäßerkrankungen des Ohrlabyrinths und ihre Beziehungen zur Menièreschen Krankheit. Berl. klin. Wochenschr. **57**. 185. 1920.

In ihrer klassischen schweren Form ist die Menièresche Krankheit ein wohl umschriebenes Krankheitsbild, das aber so viele Beziehungen zu ähnlichen leichteren Erkrankungsformen bietet, daß eine andere Umgrenzung und Definition des Krankheitsbegriffes, der als Menière geläufig ist (Auffassung als Labyrinthblutung), geboten erscheint, eine Definition, die allerdings das ursprüngliche Bild der Menièreschen Krankheit derart erweitert, daß eigentlich ein neuer Ohrsymptomkomplex sich herauskrystallisiert. Die wesentlichsten Symptome bestehen in anfallsweise auftretendem oder mindestens sich deutlich steigerndem Drehschwindelgefühl oder Ohrgeräusch bzw. gemeinsamem Auftreten beider Symptome. Sie sind zu beziehen auf krankhafte Reizzustände im Gefäßsystem des Labyrinths (anämische, hyperämische, hämorrhagische und metastatisch-infektiöse Prozesse verschiedener Herkunft), die Verf. als Labyrinth-angiopathien bezeichnet. Man kann folgende Formen unterscheiden: 1. Angiopathia lab. vasomotorica, a) hypotonica, b) hypertonica; 2. Ang. lab. neurotica (manchmal geradezu Labyrinthmigräne), a) constringens-anaemica (häufiger), b) dilatans-hyperaemica (seltener), 1. und 2. scheinen gern kombiniert aufzutreten; 3. Ang. lab. stenosans (arteriosclerotica, syphilitica usw.); 4. Ang. lab. obliterans, a) thrombotica, b) embolica; auch 3. und 4. sind nicht streng voneinander zu trennen; 5. Ang. lab.



haemorrhagica — der eigentliche Menière (Labyrinthoplegie). Zu unterscheiden ist außerdem noch, ob die Angiopathie ohne oder mit einer Labyrintherkrankung im engeren Sinne verbunden ist, was in jedem Falle durch fachärztliche Untersuchung festzustellen und von besonderer Bedeutung für die einzuleitende Therapie ist. Schob (Dresden).

Körperflüssigkeiten (Blut, Liquor, Harn u. a.)

139. Klinkert, Das Problem der konstitutionellen Eosinophilie. Zeitschr. f. klin. Med. **89**, 156. 1920.

Die beim Asthma erfolgende Absonderung von Stoffen erfolgt unter dem Einfluß des Nervensystems. Die Kurve der Bluteosinophilie kann als Indicator der Neurose angesehen werden. Die Eosinophilie zeigt einen besonderen Zustand des autonomen Nervensystems an. Verf. weist das an einer Familie mit familiärer Eosinophilie nach. Die Purinkörper sind als Endprodukt des Stoffwechsels des Drüsenepithels unter dem Einfluß des autonomen Nervensystems aufzufassen. Verf. erörtert die nervösen Grundlagen und Beziehungen des Asthmas, der Gicht, des Heufiebers, der Urticaria, der Migräne, auch der Epilepsie, die auch als Äquivalente auftreten können, Der Gichtanfall ist als eine Gelenkneurose aufzufassen, eine Neurarthritis urica, er ist als die Folge einer Entladung des autonomen Nervensystems anzusehen. Die erhöhte Bluteosinophilie ist auch ohne klinische Erscheinungen der Ausdruck einer konstitutionellen Innervationsstörung. Als Ursache der pathologischen Innervation kommt vielleicht eine schwächere Funktion der Schilddrüse in Frage. Die eosinophile neurarthritische Diathese mit ihren Erscheinungen (Asthma, Urticaria, Heufieber, Migräne und Gelenkgicht) ist am besten „gichtische Körperanlage“ zu nennen.

K. Löwenstein (Berlin).

140. Klinkert, Die Bedeutung der Rekonvaleszenteneosinophilie. Zeitschr. f. klin. Med. **89**, 172. 1920.

Die Sekretion der spezifischen Immunitätsfermente steht unter dem Einflusse des autonomen Nervensystems. Auch beim Immunitätsprozeß sind autonomes Nervensystem, Eosinophilie und Harnsäureproduktion verbunden, das unterstreicht die Auffassung der Gicht als einer autonomen Neurose. K. Löwenstein (Berlin).

● **141. Gotschlich, E., und W. Schürmann, Leitfaden der Mikroparasitologie und Serologie. Mit besonderer Berücksichtigung der in den bakteriologischen Kursen gelehrten Untersuchungsmethoden. Ein Hilfsbuch für Studierende, praktische und beamtete Ärzte.** Mit 213 meist farbigen Abbildungen. VIII u. 361 S. Berlin 1920. Verlag von Julius Springer. Preis M. 25,—.

Wie die Autoren in dem Vorwort betonen, soll das Buch gleichzeitig als Hilfsmittel bei bakteriologischen Kursen Verwendung finden und zur Orientierung für den praktischen Arzt und Medizinalbeamten dienen. Es stellt somit ein Mittelding dar zwischen den kleineren bakteriologisch-serologischen Taschenbüchern und den größeren, die Gebiete behandelnden Werken. — Das Buch wird beiden Zwecken in ausgezeichneter Weise gerecht. Der Student sowie der Arzt findet alles, was er braucht, übersichtlich



angeordnet, in leicht faßlicher Form und unter Hervorhebung des Wichtigen dargestellt. Der Wert des Buches wird erhöht durch eine Fülle von größtenteils farbigen Abbildungen, die durchweg als vorzüglich bezeichnet werden können. Das Kapitel „Protozoen" ist besonders reichhaltig, geradezu glänzend illustriert. Die gesamte Ausstattung ist friedensgemäß. F. Plaut.

142. Blank, Blutbefunde bei Hyperthyreose und Struma. Dtsch. Archiv f. klin. Med. **132**, 16. 1920.

Die Widersprüche der Literatur über die diagnostische Verwertbarkeit des Blutbildes bei Hyperthyreose und Struma beruhen auf Schwierigkeiten der Diagnose, Fehlerquellen der Blutuntersuchung, Schwankungen im Blutbefund der Hyperthyreose und Zugrundelegung zu eng begrenzter Normalzahlen. Genaue Darstellung und Zusammenfassung der Verhältnisse der einzelnen Blutelemente und Eigenschaften, die im Original nachgesehen werden müssen (unter anderem: die Leukocytenzählung und die Lymphocytenzahl ist differentialdiagnostisch nicht verwertbar. Das Kochersche Blutbild ist somit untypisch). K. Löwenstein (Berlin).

143. Klinkert, Kurze Bemerkungen zur Menstruationseosinophilie. Zeitschr. f. klin. Med. **89**, 177. 1920.

Verf. weist auf die zu der Menstruation in Beziehung stehenden nervösen Erkrankungen, Menstruationsasthma, -migräne, -epilepsie, -urticaria, -arthritis hin. Als abhängig von den Reizerscheinungen des autonomen Nervensystems rechnet er auch die Menstruationseosinophilie. Die dabei vermehrte Harnsäurebildung läßt ihn auch die Menstruationsneurosen als nervös-gichtige auffassen, dies bildet wieder eine Stütze der nervösen Gichtauffassung (vgl. vorige Referate). K. Löwenstein (Berlin).

144. Kafka, Blutforschung und Jugendirresein. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 49. 1919/20.

Für die Erforschung der organischen Grundlage der Dementia praecox wird der Blutuntersuchung eine besondere Bedeutung beigemessen. Mit Abderhaldens Methode ergaben sich nach des Verf. Ansicht charakteristische Anhaltspunkte; von den neueren Abänderungen der Methode verspricht er sich einen Fortschritt. Für bedeutungsvoll hält er auch die Bestimmung der antitryptischen Kraft des Blutserums, die Messung der Beeinflussung des Blutkatalysators und die Prüfungen der Tätigkeit der Drüsen mit innerer Sekretion. Müller (Dösen).

145. Kafka, V., Bemerkungen zu der Arbeit von Schönfeld „Über Befunde in der Rückenmarksflüssigkeit bei nervengesunden Menschen." Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 218. 1920.

Kafka spricht Schönfeld die Berechtigung ab, seine Untersuchungsergebnisse auf normalen Liquor zu beziehen. Schönfeld hat nicht Gesunde untersucht, sondern an Gonorrhöe und Dermatosen Leidende; diese aber seien zwar „nervennormal", aber durchaus nicht immer auch „meningennormal". Schönfelds Arbeit sei daher eine wertvolle Studie über die Liquorverhältnisse bei Gonorrhöe und Hautkrankheiten, auf die Verhältnisse des sicher normalen Liquors dürfen ihre Ergebnisse nicht übertragen werden. Kafka geht auch auf Einzelheiten der Methodik Schönfelds ein, die er einer strengen Kritik unterzieht. Klarfeld (Breslau).



146. Krueger, H., Ergebnisse der Blut- und Spinalflüssigkeitsuntersuchung bei luetischen Hirn- und Rückenmarkserkrankungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 18. 1920.

Einleitend vertritt Verf. mit Entschiedenheit die Auffassung, daß der vereinzelt immer wieder beobachtete negative Ausfall der „vier Reaktionen" in sonst typischen Fällen von Paralyse keineswegs berechtigt, an der Diagnose zu zweifeln; ist doch bei der nah verwandten Tabes, wo solche negative Fälle viel häufiger sind, nie versucht worden, die 4 Reaktionen zum Kriterium der Abgrenzung zu machen. Sein eigenes Material umfaßt 310 Fälle von Paralyse und Tabesparalyse, 84 Fälle von Tabes, 72 Fälle von eigentlicher Lues cerebrospinalis. Zusammenfassend ergibt sich folgendes: 1. Paralyse: in der Regel (fast in 90%) zeigen die 4 Reaktionen ein positives Resultat. Es gibt aber sichere typische Paralysen mit ebenso typischem Ablauf der Krankheit, ohne daß es sich um stationäre Zustände oder um Remissionen handelte, oft bei Neigung zu rascher Progredienz, die die eine oder andere Reaktion vermissen lassen. Am seltensten fehlt die Pleocytose und die Eiweißvermehrung nach Nissl und Nonne, etwas häufiger schon die Wassermannreaktion im Blut, am häufigsten die Wassermannreaktion im Liquor. Fehlen sämtlicher Reaktionen fand sich in keinem der 310 Fälle (ebenso wurden sie in keinem dieser Fälle nach Salvarsanbehandlung negativ; Silbersalvarsan kam, soweit Ref. entnehmen konnte, noch nicht in Anwendung). Eine derartige Unvollständigkeit des regelmäßigen Ausfalls der 4 Reaktionen scheint vor allem bei inzipienten Paralysen vorzukommen. Eine kurz vorausgegangene Salvarsantherapie wird in anderen Fällen ihr zeitweiliges oder, bei regelmäßiger Wiederholung der Behandlung, auch ihr dauerndes Fehlen verursachen können. Es gibt aber anscheinend seltene Fälle, in denen sich das Fehlen der 4 Reaktionen durch keinen der angeführten Gründe erklären läßt. 2. Tabes: ein positives Resultat sämtlicher 4 Reaktionen tritt bei Tabes um fast 20% seltener auf als bei der Paralyse, vor allem können auch in manchen Fällen im Gegensatz zur Paralyse sämtliche Reaktionen vermißt werden (3,5%). Nur in etwa 85% der Fälle ist die Wassermannreaktion im Blut, nur in etwa 77% die Wassermannreaktion im Liquor positiv. Die Lymphocytose wird in etwa 10% der Beobachtungen vermißt, nur wenig seltener die Eiweißvermehrung, wobei Gesamteiweißgehalt und Phase I einander parallel gehen. An dem negativen Ausfall der 4 Reaktionen scheint auch bei der Tabes in einem Teil der Fälle das kurzdauernde Bestehen der Erkrankung Schuld zu tragen; weit größer als bei der Paralyse scheint hier der die Reaktionen abschwächende oder gar sie aufhebende Einfluß der spezifischen, besonders der Salvarsanbehandlung zu sein. 3. Lues cerebrospinalis: in etwa der Hälfte der Fälle ist auf positiven Ausfall aller 4 Reaktionen zu rechnen, nur in zwei Drittel der Fälle findet sich die Wassermannreaktion im Liquor, während die Wassermannreaktion im Blute, Vermehrung des Zell- und Eiweißgehaltes unabhängig voneinander in etwa 80% der Fälle sich nachweisen lassen. Dabei sind höhere Zell- und auch Eiweißwerte bei luetischen Erkrankungen vorzugsweise der Meningen häufiger, ohne daß indes der Form der Gehirn-Rückenmarkslues wie ihrer Dauer durch-



gehender Einfluß auf die Reaktionen zukommt. Aus dem mit Sicherheit nachzuweisenden erheblichen Einfluß der spezifischen, vor allem der Salvarsanbehandlung auf die echt luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems ist im Verein mit der Häufigkeit, in der gerade kurz vor der Untersuchung behandelte Krankheitsfälle negative Resultate der 4 Reaktionen zeigten (etwa 50%), auf einen kausalen Zusammenhang der spezifischen Behandlung mit der Häufigkeit negativer Resultate der Blut- und Liquoruntersuchung in einem größeren Teile der Fälle zu schließen, eine Tatsache, die allerdings für einen anderen Teil der Beobachtungen im Stiche läßt. Als differentialdiagnostische Schlüsse aus dem Verhalten der 4 Reaktionen ergeben sich folgende: Sind bei klinischen Zeichen eines Hirn- oder Rückenmarksleidens die 4 Reaktionen positiv, so ist es mit größter Wahrscheinlichkeit luetischer Natur. Der positive Ausfall der 4 Reaktionen bei einem zur Zeit von nervösen und psychischen Symptomen freien Luetiker läßt keinen Schluß auf Bestehen oder Bevorstehen einer luetischen Hirn-Rückenmarkserkrankung zu. Gleich der Gesamtheit der 4 Reaktionen ist die positive Wassermannreaktion im Liquor zu bewerten. Diejenige im Blut läßt nur den Verdacht einer luetischen Genese der Erkrankung zu. Auch die Grenzwerte und geringen Grade von Pleocytose sind nicht unbedingt für Lues verwertbar. Dasselbe gilt von ihrer Verbindung mit Eiweißvermehrung, und von dieser allein. Bei Fehlen sämtlicher 4 Reaktionen ist die luetische Natur der Zentralerkrankung unwahrscheinlich; große Vorsicht des Urteils ist aber nötig, wenn kurz zuvor eine ausgiebige antiluetische Behandlung stattfand. Der Wert der 4 Reaktionen zur Abgrenzung der metaluetischen von den luetischen Prozessen ist sehr beschränkt. Nur das prompte Zurückgehen aller 4 Reaktionen auf antiluetische, namentlich Salvarsanbehandlung macht einen echt luetischen Prozeß wahrscheinlicher. Die Arbeit führt in kurzen Auszügen diejenigen Fälle an, in welchen alle oder einzelne der Reaktionen bei syphilogenen Leiden negativ waren, sowie die Fälle, an welchen der Einfluß der Therapie auf die 4 Reaktionen ersichtlich wird. Überdies wird zu allen Einzelfragen sehr eingehend die Literatur dargestellt. Hier wie bei der statistischen Aufarbeitung der eigenen Befunde ist nicht genügend ersichtlich gemacht, welche Angaben über Liquorwassermann sich auf die ursprüngliche, welche auf die Auswertungsmethode nach Hauptmann stützen, zwei Kategorien, die nach den Erfahrungen des Ref. keine einheitliche statistische Verwertung erlauben. Lotmar (Bern).

Rückenmark und Wirbelsäule.

147. Horstmann, J., Über 3 Fälle von syphilitischer Spinalerkrankung bei kongenital-luetischen Kindern. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 90. 1920.

Der Verf. berichtet über 3 Fälle einer nicht gerade häufigen Form kongenital-luetischer Spinalerkrankung. Im ersten Falle erkrankte ein 14jähriges, normal entwickeltes, kräftiges Mädchen nach kurzdauernden Prodromalerscheinungen (Schmerzen und Parästhesien im Rücken und in den Beinen) im Anschluß an einen epileptiformen Anfall perakut mit totaler Paraplegie der Beine. Schlaffe Lähmung beider Beine, Lähmung



der Bauchmuskeln, Aufhebung der Bauchdeckenreflexe, der Patellarsehnenreflexe und des einen Achillessehnenreflexes, völlige Blasen- und Mastdarmlähmung, Neigung zu Decubitus, Anästhesie für alle Qualitäten von den Zehen bis zum Schwertfortsatz mit einer hyperästhetischen und hypalgetischen gürtelförmigen Zone oberhalb bis zur Mamille. WaR. im Blut stark positiv, im Liquor alle Reaktionen negativ. Bei Eltern und einem Bruder WaR. im Blut positiv, bei zwei anderen Geschwistern negativ. Unter spezifischer Behandlung kam zuerst der fehlende Achillessehnenreflex wieder, dann verschwand die Anästhesie, die Blasen-Mastdarmlähmung; die Patellarsehnenreflexe und der obere Bauchdeckenreflex traten wieder auf, die Beweglichkeit besserte sich langsam, so daß die Kranke am Stocke herumgehen konnte. Der Verf. nimmt in diesem Fall eine Meningomyelitis im Bereiche des Lumbalmarkes mit Fernwirkung auf das Dorsalmark an; den epileptiformen Anfall führt er auf eine meningitische Erkrankung der Hirnhäute zurück. Auffällig war das vollständige Fehlen irgendwelcher kongenital-luetischer Stigmen. — Im 2. Falle erkrankte ein über $1^1/_2$jähriges Kind eines Luetikers ohne nachweisbare Ursache und ohne vorangehende Allgemeinerscheinungen plötzlich mit einer schlaffen Lähmung beider Beine und Arme, ohne Störung der Blasen-Mastdarmfunktion. Die Arme wurden nach einjähriger Behandlung durch Bäder und Elektrizität wieder gebrauchsfähig, die Beine blieben gelähmt. Der Verf., der das Kind im Alter von 5 Jahren untersuchte, fand eine hochgradige Atrophie und Parese der Beine, Fehlen der elektrischen Erregbarkeit im Femoralisgebiet, Fehlen der Patellar-, Achillessehnen- und Plantarreflexe. Kleine, harte Halsdrüsen. Positiver WaR. im Blut, im Liquor alle Reaktionen negativ. Bei der Mutter WaR. im Blut stark positiv. Der Verf. nimmt in diesem Falle eine spezifische Poliomyelitis acuta an. — Der 3. Fall betraf einen 17jährigen Mann, dessen Vater an Opticusatrophie erblindet war und durch Suicid geendet hat. Kurz nach einem Trauma (heftiger Stoß in den Rücken) und nach physischer Überanstrengung erkrankte er an heftigen Kreuzschmerzen, hochgradiger Schwäche der Beine, Urin- und Stuhlverhaltung. Fehlen aller Reflexe an den unteren Extremitäten, Lähmung der Bauchmuskeln, der Blase und des Mastdarms, Fehlen der Bauchdeckenreflexe. WaR. im Blut schwach positiv. Im Liquor stark positiver Nonne, Lymphocytose 160 : 3, WaR. stark positiv. Unter spezifischer Behandlung weitgehende Besserung. Der Verf. nimmt in diesem Fall eine Meningomyelitis dorsolumbalis an. Es sei nicht ausgeschlossen, daß das Trauma die Gelegenheitsursache zum Ausbruch des Prozesses abgegeben habe. — Zur Diskussion über den negativen Liquorbefund in den beiden ersten Fällen stellt der Verf. an der Hand von mehreren Fällen fest, daß in nicht wenigen Fällen sicherer spezifischer Erkrankung des Nervensystems der Liquor normal sein kann. Klarfeld (Breslau).

Hirnstamm und Kleinhirn.

148. Rhode, M., Kasuistischer Beitrag zur Diagnostik der Kleinhirnerkrankungen. Neurol. Centralbl. **39**, 423. 1920.

Nach kurzer Besprechung der Symptomatologie der Kleinhirnerkran-





kungen im Anschluß an Bing und Goldstein werden 2 Fälle mitgeteilt. 1. 37jähriger Landsturmmann, durch Granatsplitter hinter dem rechten Ohr verwundet. Sofort Operation, die sich auf Sinustamponade beschränkt. $^1/_4$ Jahr später findet sich: linke Pupille > rechte, Nystagmus, Geruchs- und Geschmacksstörung rechts, V., VI., X. rechts paretisch, rechtes Ohr taub, dysarthrische Sprache, Zwangshaltung des Kopfes, Kleinhirngang, rechtes Bein paretisch, Fallen nach rechts, Hemiataxie und Adiadocho rechts, Vorbeizeigen der rechten Hand nach rechts, Störung in der Schätzung von Gewichten. Hirnnervenlähmungen bleiben gleich, Kleinhirnsymptome gehen zurück. Diagnose: Kleinhirnsymptomenkomplex durch Basisbruch und Blutung an der Basis der hinteren Schädelgrube. — 2. 30jähriger Trainfahrer erkrankt ziemlich akut mit abnehmender Sehkraft, Schwäche, Doppelbildern, schlechtem Sehen. 2 Monate später die Symptome eines linksseitigen Kleinhirnbrückenwinkeltumors. (Auffällig ist, daß bei der ersten Untersuchung eine rechtsseitige Abducensparese gefunden wurde.) Bei der Operation wurde kein Tumor gefunden. Der Obduktionsbefund ergab eine überwalnußgroße glattwandige Cyste in der linken Kleinhirnhemisphäre. In der Cystenwand ließen sich mikroskopisch Reste eines endothelialen Sarkoms nachweisen. Krambach (Berlin).

Schädel. Großhirn (Herdsymptome).

149. Friedemann, Über Spättod nach Schädelverletzung. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 716.

Kurze Mitteilung über 2 Fälle. Eugen Kahn (München).

150. Klose, R., Das Gehirn eines Wunderkindes (des Pianisten Goswin Sökeland). Ein Beitrag zur Lokalisation des musikalischen Talentes im Gehirn. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 63. 1920.

Nach einem ausführlichen Bericht über die bisherigen morphologischen Forschungen an Gehirnen übernormaler Menschen, und hervorragender Musiker im besonderen, folgt die Beschreibung des Gehirns des im Titel genannten Pianisten, der mit 11 Jahren schon technisch und musikalisch kaum zu überbietende Leistungen vollbrachte, auch kompositorisches Talent hatte (Katatonie im 22. Jahre ausbrechend, Tod sechs Jahre später an Lungentuberkulose). Die zum Teil auch aus den Abbildungen ersichtlichen Hauptbefunde sind folgende: beiderseits in den mittleren Partien ausgesprochen eurygyrencephaler Typus, der sich nach Stirn- und Hinterhauptpol zu verliert, um schließlich in stenogyrencephalen Charakter überzugehen. Also im ganzen ein gemischter, eury-steno-gyrencephaler Typus. Die für musikalische Leistungen besonders in Frage kommenden Gehirnabschnitte sind hervorragend ausgebildet, nämlich I. der Gyrus temporalis superior besonders in seinen hinteren zwei Dritteln, und hier wieder a) das Planum temporale, b) die Flechsigsche Hörwindung, die hier beiderseits den „steilabfallenden Typus“ darbietet wie bei den besonders feinhörigen Tieren (Katze, Affe); II. die Zentralwindungen (besonders die vordere), und zwar vorwiegend das mittlere Drittel; aber die hervorragende Entwicklung erstreckt sich links auch noch auf das untere Drittel der vorderen und die beiden oberen Drittel der hinteren, rechts auf die ganze vordere



Zentralwindung (Ausdruck der alles Bisherige überbietenden pianistischen Leistungen, und besonders auf hervorragende Technik der linken Hand schließen lassend); III. der Gyrus supramarginalis. Ferner waren auch der Gyrus temporalis medius rechts und der Gyrus angularis (namentlich links) besonders gut entwickelt (Beziehung zur musikalischen Begabung fraglich), sowie beiderseits der Lobus frontalis (Ausdruck der bezeugten ungewöhnlich hohen allgemeinen geistigen Veranlagung). Die (auch in einer Tabelle des Anhangs übersichtlich dargestellte) Vergleichung mit den Musikergehirnen von Lenz (beschrieben von Guszmann), Koning, Cossmann, Stockhausen, Bülow, Mottl (sämtlich beschrieben von Auerbach), von welchen ebenfalls Abbildungen beigegeben sind, ergibt in überwiegender Häufigkeit folgende Charakteristica: 1. Vorwiegen des eury-steno-gyrencephalen Typus. 2. Bevorzugung der linken Hemisphäre bei der Entwicklung der für musikalische Begabung in Frage kommenden Hirnteile. 3. Besonders bevorzugt hierbei: Gyrus supramarginalis, Gyrus centralis anterior mittleres Drittel, Gyrus temporalis superior hintere zwei Drittel, Gyrus centralis posterior mittleres Drittel. 4. Besondere Entwicklung der Flechsigschen Hörwindung (auch des Lobus frontalis, des gesamten Lobus parietalis inferior, des Gyrus angularis). Der Vergleich mit „Normalgehirnen", wie sie Retzius geschildert hat, lehrt, daß die genannten 4 Punkte wesentliche Eigentümlichkeiten jener Musikergehirne darstellen. Mit einer kritischen Würdigung dieser Punkte und allgemeinen Betrachtungen über die Aussichten dieser ganzen Forschungsrichtung schließt die Arbeit, der ein ungemein ausführliches Literaturverzeichnis, sowie ein auf dieses verweisendes alphabetisches Namensverzeichnis aller derjenigen bedeutenden Menschen beigefügt ist, über deren Gehirne bisher Untersuchungen erschienen sind. Lotmar (Bern).

151. Pötzl, Vergleichende Betrachtungen mehrerer Herderkrankungen in der Sehsphäre. Jahrb. f. Psych. **39**, 402. 1919.

An Hand eines Falles und unter Berücksichtigung der Literatur bespricht Verf. einige Fragen der Pathologie der Sehsphäre eingehend. Ein vollständiges Skotom beweist nicht mehr eine vollständige Zerstörung der Traktusfortsetzung oder des Projektionsgebiets. Nicht nur der völlige Mangel optischer Leitung, sondern auch die Wirkung eines exkludierenden Faktors vermag die Vollständigkeit eines Skotoms zu bestimmen. Verf. nimmt an, daß das Vollständigwerden unvollständiger Skotome durch Abstraktion zustande kommen kann. Klinisch sind also durch die Abstraktion des Bewußtseinsfremden der Sehreste die absoluten Skotome gegenüber den relativen, bei denen die Sehreste spontan erscheinen, festgelegt. In diesem Punkt nähert sich Verf. Anschauungsweise also mehr der v. Monakowschen Betrachtung als der strengen Projektionslehre. In einem anderen Fall war im Skotom als Restfunktion vor allem Bewegungssehen vorhanden, das entspricht einer anderen Lokalisation, läßt aber sonst dieselbe Erklärung zu. Makroskopisch erweisen sich die Herde bei den komplexen cerebralen Sehstörungen im Gegensatz zu v. Monakows Anschauung streng determiniert. Auf der anderen Seite versagt die Wilbrandsche Projektionslehre bezüglich ihrer Schichtung der Zentren des



Licht-, Form- und Farbensinnes; hier handelt es sich um sich weit über die engere Sehsphäre hinaus erstreckende, von ihr nur ihren Angriffspunkt nehmende transcorticale Wirkungen. Die Aufstellung von Wahrnehmungs- und Erinnerungszentren bedeutet eine unzulässige Vermengung von Psychologie und Anatomie. Zur Projektion gehört die Reprojektion, zur Resonanz die Querfunktion. Das eine betrifft die weite Sehsphäre v. Monakows, das andere die engere Wilbrands und Henschens. Als Ergebnis der entsprechenden weiteren Untersuchungen seines Falles sagt Verf. eine Einengung des Projektionsgebietes im Gegensatz zu v. Monakow, aber eine Erweiterung der optischen Sphäre in v. Monakowschem Sinne voraus. Dann bespricht Verf. das Fehlen einer Wortblindheit-Farbenagnosie in seinem Fall. Verf. vergleicht zu dem Zweck den anatomischen Befund seines Falles mit den Befunden der beiden Fälle mit der größten und kleinsten beschriebenen Läsion bei reiner Wortblindheit mit Farbenagnosie. Sein Fall und der Fall mit der kleinsten Läsion bei Wortblindheit haben sich ergänzende anatomische Befunde. Am Cuneus ist der eine Herd das Negativ des anderen. Am Lob. lingualis sind in seinem Fall die polaren Teile zerstört, in dem Wortblindheitfall die frontaleren Teile. Die Herde ergänzen sich wie Nachbarsteine zueinander. Der Unterschied in den Befunden erklärt die klinischen Differenzen, besonders die fehlende maculäre Aussparung in Verf., das überschüssige Sehfeld in dem anderen Fall. Verf. wendet nun zur Erklärung den Liepmannschen Mechanismus der Absperrung einer linkshirnigen Rindenpartie von der Peripherie und der rechten Hemisphäre an. Ihm entspricht in beiden Fällen eine Läsion differenter Balkenbahnen. Die Zerstörung des Liepmannschen Mechanismus der polaren Sehrindenpartien erklärt den zerstörten Formensinn bei erhaltenem Farbensinn, der mehr oralen Partien des Lob. lingualis die Wortblindheit mit Farbenagenosie. Der Liepmannsche Mechanismus ist also auf sehr kleine Areale der Rinde anwendbar, seine Zerstörung hebt die Resonanz der rechten Hemisphäre auf die linke auf, klinisch entspricht dem bei der optischen Agnosie eine Verzögerung des Erfassungsaktes, aber für ganz bestimmte optische Qualitäten neben geringen allgemeinen optisch agnostischen Störungen. Verf. bespricht dann seine Auffassung des Liepmannschen Mechanismus und der Querfunktionen eingehend. Auch ein Vergleich der größten Läsion bei Wortblindheit mit Verf. Fall führt zu genau demselben Resultat, daß die Herde sich ergänzen, und so die klinische Verschiedenheit erklären. Die Herde bei der größten und kleinsten Läsion decken sich dagegen so, daß die kleinste ganz innerhalb der größten liegt. — Das Gebiet der Projektion für das parazentrale Sehen ist am weitesten vom typischen Herd der Wortblindheit-Farbenagnosie getrennt, das Gebiet des peripheren Sehens grenzt viel näher daran. Am nächsten liegt das Gebiet des rechten oberen Gesichtsfeldquadranten. Hierin scheint mit Rücksicht auf die Wichtigkeit des unteren inneren Quadranten für das Sehen eine Inversion zu liegen. Ein ähnliches Verhalten bietet die geometrisch-optische Agnosie, insbesondere auch in ihrem Verhalten zum Farbensehen. Auch hier findet sich in der Lokalisation, besonders des Farbensehens, der verschiedenen Farbenqualitäten eine deutliche Inversion. Die

geometrisch-optische Agnosie hat ähnliche Beziehungen zur Projektion der unteren Gesichtsfeldquadranten, wie die Wortblindheit zu den oberen Quadranten, ebenso verhalten sich die Beziehungen zum zentralen, bzw. peripheren Sehen. Die Inversion in der Topik der zentralen Vertretungsstätten scheint also gesetzmäßig. Verf. nimmt zur Erklärung an, daß zur Eigenleistung der Projektionsstätten ein keine oder wenig Residuen hinterlassender Hauptfaktor, außerdem aber ein mit seiner residuären Wirkung die Nachbarpartien gewissermaßen aufladender Nebenfaktor gehört. Mit Berücksichtigung der Inversion läßt sich die Darstellung der agnostischen Gruppierungen in der topischen Gliederung der weiteren Sehsphäre ebenso gesetzmäßig betrachten wie die topische Gliederung der engeren Sehsphäre. Trotz der streng räumlich geschiedenen Beziehungen läßt sich doch das allgemeine Geschehen bei beiden Arten von Herdläsionen auf einen gemeinsamen Grundtyp reduzieren. Klinisch und morphologisch bestehen Übergänge, die das Wesen der agnostischen Störungen und der durch Herde in der engeren Sehsphäre einander näher bringen. Der Liepmannsche Herdmechanismus wird damit zur Spur eines allgemeinen Gesetzes, das die symmetrischen Teilzentren jeder Hemisphäre nach dem von Uexküll für das Zusammenarbeiten zweier bilateraler Zentren schon bei den Wirbeltieren aufgestellten Schema miteinander verkuppelt. Die cerebrale Apparatur für die Erfassung der optischen Eindrücke des Menschen hat also dasselbe Schema, das die erste Voraussetzung einer räumlichen Verankerung der Eindrücke von der Umwelt hat. K. Löwenstein

Intoxikationen. Infektionen.

● 152. **Lewin, L., Die Kohlenoxydvergiftung. Ein Handbuch für Mediziner, Techniker und Unfallrichter.** Berlin 1920, J. Springer. 369 S. Preis M. 60,—.

Umfassende Darstellung unter Berücksichtigung aller Tatsachen und eingehender persönlich kritischer Stellungnahme. Verf. hält die Ansicht von einer direkten Nerveneinwirkung für falsch, er hält die akute Kohlenoxydvergiftung für einen besonderen Fall der Asphyxie. Was seine vergiftende Einwirkung von allen anderen dem Blut Sauerstoff entziehenden Gasen trennt, sind die Nachwirkungen, die aber auch nicht durch Einwirkung auf die Mark- und Myelinstoffe des Gehirns zu erklären sind. Die Bedingungen für ihr Entstehen sind heute kaum notdürftig zu deuten. Es wird angenommen, daß die Blutveränderung an sich im Gehirngewebe eine zeitlich irgendwie begrenzte Ernährungsstörung setzt. Die in falsche Bahn gelenkten Stoffwechselvorgänge des Gehirns können akute Abhängigkeitsleiden in Gestalt von allgemeinen oder örtlichen Ernährungsstörungen im übrigen Körper veranlassen. Unter den vom Verf. eingehend beschriebenen Verlaufsformen verlangt eine atypische Form, die apoplektische, hier besondere Erwähnung, ebenso Rezidivformen, die erst nach Tagen und Wochen schwerere Erscheinungen bekommen, und die Postmorbidformen, die sich in psychischen Ausfallserscheinungen, Symptomen von Paralyse (?) oder multipler Sklerose äußern können. Diese Krankheitsbilder sind ohne Vorgeschichte ätiologisch nicht deutbar. Die Atmungsänderungen sind cerebralen



Ursprungs nicht selten von Cheyne-Stokesschem Typ. Der klinischen Symptomatologie der Störungen am Nervensystem widmet Verf. 58 Seiten seines Handbuches. Sie sind von weitgehendem klinisch-neurologischem und psychiatrischem Interesse, können aber hier nur aufgezählt werden. Verf. betont dabei nochmals, daß an eine örtliche Wirkung des Gases auf das Nervensubstrat nicht zu denken ist, er betont besonders, daß für abweichende Wirkungen eine besondere Eigenart des betroffenen Menschen zur Erklärung angenommen werden muß, eine bestimmte Disposition bzw. psychopathische Konstitution (?) Verf. schildert also Störungen der Empfindung (Kopfschmerzen, Schmerzen in den peripheren Nerven, bes. Ischiadicus, Parästhesien, Sensibilitätsstörungen), der Reflexe, der Bewegung (Schwäche, Schwindel, Lähmungen, encephalischen, spinalen, neuritischen Ursprungs, myopathischen Ursprung lehnt Verf. ab), motorische Reizzustände (Zittern, fibrilläre Zuckungen, Krämpfe, epileptische und choreatische Zustände), Funktionsstörungen der Augenmuskeln (Nystagmus, Lähmungen, Pupillenstörungen), Sehstörungen (Störungen am Opticus), Störungen des Gehörs, Geruchs, Geschmacks, des stereognostischen und Muskelsinnes. Eingehend werden auch die Störungen der Geistestätigkeit beschrieben, akute Bewußtseinsstörungen, Amnesie, die bis zu einem Korsakowschen Bilde führen kann, eigentümliches intermittierendes Auftreten des Gedächtnisverlustes, Aphasie, ausgesprochene Psychosen, bei denen intervalläre und nicht intervalläre Formen unterschieden werden, psychogene Entstehungsarten werden nicht anerkannt, Erregungszustände mit Sinnestäuschungen, auch Wahnvorstellungen, Depressivzustände, Übergang in Demenz, pseudoparalytische Formen, Vergiftungsbilder, die von multipler Sklerose abzuleiten sind. Auch die chronische Kohlenoxydvergiftung macht nervöse Störungen (Schlaf, Gedächtnis, subjektive Beschwerden, Charakteränderungen, sensorielle Störungen). Die pathologische Anatomie wird weiterhin beschrieben, Neuritis, Hyperämie des Gehirns, Ödeme, Blutungen im Gehirn, Erweichungsherde (häufigster Sitz im Corp. striatum), die nach Verf. aber nur auf Ernährungsstörungen zurückzuführen sind, die sekundäre Produkte chemischer Umwandlung entstehen lassen können, denen verschiedenartige Giftwirkungen zukommen. K. Löwenstein (Berlin).

● **153. Jürgens, Georg, Infektionskrankheiten.** Fachbücher f. Ärzte Bd. VI. Julius Springer, Berlin 1920. 341 Seiten.

In dem vorliegenden Buch erfahren die Infektionskrankheiten eine ausführliche, durch Kurven demonstrierte Behandlung. Die Einteilung ist die in gemeingefährliche Volksseuchen, d. h. solche, die das ganze Volk gefährden, weil es dagegen keine natürliche und andere Immunität gibt, als die der Durchseuchung des Volkes — unter diesen sind Pocken, Fleckfieber, Masern, Tuberkulose, Lepra aufgeführt —, sodann in epidemische Volksseuchen, die in plötzlich entstandenen, aber wegen einer bei einem großen Teil der Bevölkerung vorhandenen natürlichen Immunität begrenzten Epidemien auftreten. Hierzu stellt Verf. den Typhus, Paratyphus, die Cholera, Ruhr, Pest und Grippe. Es folgen die endemischen Infektionskrankheiten, welche unabhängig von Ort und Zeit ohne Gesetzmäßigkeit, bald in gehäufter Zahl, bald in spärlichen Einzelfällen erscheinen. Es sind



dies Diphtherie, Scharlach, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Genickstarre, Kinderlähmung; weiter als Blutinfektionskrankheiten, d. h. solche, die durch blutsaugende Insekten zustande kommen und durch ihren Blutparasitismus charakterisiert sind, Malaria, Pappatacifieber, Dengue-, Wolhynisches und Rückfallfieber, die Weilsche Krankheit und Gelbfieber. Ein weiteres Kapitel bilden die Tierinfektionskrankheiten, d. h. die durch kontagiöse Tiergifte übertragbaren Infektionskrankheiten. Hier werden Milzbrand, Rotz, Maul- und Klauenseuche und Lyssa besprochen. Den Schluß bilden die nicht ansteckenden Infektionskrankheiten; die sich nach Ansicht des Verf. von den übrigen grundsätzlich dadurch unterscheiden, daß die bakterielle Infektion überhaupt nicht als ihre ausreichende Ursache gelten kann; sie entwickeln sich immer auf der Grundlage eines Infektes; für ihre Pathogenese haben aber neben der Infektion noch andere Ursachen eine maßgebende Bedeutung. Hier werden besprochen Pneumonie, Gelenkrheumatismus, Erysipel, Tetanus, Maltafieber, Sepsis, Erkältung. Die letztere hat in den meisten Fällen nach Ansicht des Verf. nichts mit einer Infektion zu tun, sondern ist eine selbständige Krankheit, die in einer Funktionsstörung durch eigentümliche durch den Erkältungsvorgang im Organismus entstandene Gifte beruht. Man sieht, es sind eigene Gedankengänge des Verf., die mit den neuerdings laut gewordenen Anschauungen über Beeinflussung des Körpers durch Protoplasmaaktivierung und dadurch erfolgte Aufnahme besonderer Stoffe ins Blut, wie sie Weichardt inauguriert hat, und Änderungen der Hautfunktion durch Kältereize jedoch eine gewisse Übereinstimmung aufweisen. — Das Buch ist von bemerkenswerter Eigenart; Bekanntes erscheint hier in neuer und besonderer Prägung. Wie ein roter Faden zieht sich durch dasselbe der Standpunkt des Verf., daß mit der reinen Kenntnis der Ätiologie für den Arzt hinsichtlich der Bekämpfung der Krankheit nichts gewonnen ist, daß nicht die Infektion zu behandeln ist, sondern der kranke Mensch. „Die Infektionskrankheiten sind Allgemeinreaktionen des Organismus auf den bakteriellen Infekt; der Organismus reagiert auf die Infektion unter den Erscheinungen der Anaphylaxie mit einer Immunitätsbildung. In diesem Vorgang liegt nach Verf. das Wesen der Infektionskrankheiten, und aus diesem einfachen Naturgesetz leiten sich alle Typen der Infektionskrankheiten ab; in ihrem Wesen sind sie alle gleich, in Form und Bild aber sehr verschieden, je nachdem der eine oder andere Vorgang die Schwelle der Wahrnehmbarkeit überschreitet." — Es ist klar, daß bei einer derartigen Auffassung die Wertschätzung der Ätiologie stark zurücktritt; das geht so weit, daß Verf. z. B. dem Paratyphus eine Sonderstellung vor dem Abdominaltyphus nicht zuerkennen will. — Es ist ein hochgelehrter und vielerfahrener Arzt, der sich mit seinen besonderen Anschauungen an seine Fachkollegen wendet, bei denselben jedoch einen ähnlich hohen Stand an Kenntnissen voraussetzt, über die er selbst verfügt. Der besondere Tenor des Buches wird noch verstärkt durch die subjektivistische, auf jede literarische Beigabe verzichtende Schreibweise. Einige Kapitel, so die Kriegsseuchen, scheinen mit besonderer Liebe geschrieben. In einigen Kleinigkeiten hat Verf. wohl objektiv nicht recht. So kann Fleckfieber nicht allein durch



den Stich, sondern auch durch Exkremente einer fleckfiebervirushaltigen Laus oder durch Zerdrücken einer solchen auf der Haut durch Schrunden-infektion akquiriert werden. Der Erreger des Gelbfiebers ist bekannt; es ist die von Noguchi beschriebene Leptospira icteroides. Referent hat das originelle Buch mit Genuß und Gewinn gelesen; möge der Wunsch des Verf., daß die Abhandlung den Ärzten ein Wegweiser zur Förderung der Volksgesundheit sei, in Erfüllung gehen. Schmincke (München).

154. Stiefler, G., Zur Klinik der Encephalitis lethargica. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 286. 1920.

Mitteilung von 9 Krankengeschichten aus einem Material von 25 Fällen, die zeitlich auf einen kleinen Raum zusammengedrängt vor dem massenhaften Auftreten der Grippe in Oberösterreich zur Beobachtung kamen. J. Bauer (Wien).

155. Burmeister, Doppelseitige Facialislähmung nach Grippe. Ärztl. Verein zu Hamburg 19. X. 1920.

Burmeister stellt einen Patienten vor, bei dem kurze Zeit nach einer Grippe unter erneutem Fieberanstieg eine doppelseitige Facialislähmung im periphersten Abschnitt aufgetreten ist. Fr. Wohlwill (Hamburg).

156. Cohn, Toby, Encephalitis ohne Lethargie während der Grippe-epidemie. Neurol. Centralbl. **39**, 260. 1920.

Im Anschluß an Ausführungen in der Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkr. (s. diese Zeitschr. **21**, 232. 1920) berichtet Cohn noch über 2 Fälle: 1. 30jährige Frau erkrankt 5 Wochen nach Partus mit hohem Fieber, grippeähnlichem Katarrh, tiefer Lethargie, großer allgemeiner Unruhe, Incontinentia alvi et urinae. Hände in Pfötchenstellung, Arme in Paralysis-agitans-Haltung. L. Rossolimo +, l. Babinski-Stellung. Nach einer Woche klarer, anschließend Pneumonie mit Ausgang in völlige Gesundheit. 2. 32jähriger Ingenieur, durch herabstürzende Bretter auf den Hinterkopf getroffen; keine Bewußtlosigkeit. Nach einer Woche Kopfschmerzen und lange Ohnmacht. Dann Benommenheit, Verworrenheit, Schluckbeschwerden, Fieber, große motorische Unruhe. Später linksseitige Hemichorea, Speichelfluß, Kieferklemme, dysarthrische Sprachstörung. Wiederholte Lumbalpunktion (hoher Druck, sonst normal) mit gutem Erfolg. Zwangsbewegungen des Körpers: fast rhythmische Ruderbewegungen der Arme und Beine, dazwischen Rumpfbewegungen, „er müsse auf einer Kugel durch die Welt rollen“. Nach mehreren Wochen Besserung. Nun Auftreten allgemeiner Rigidität an das Bild der Paralysis agitans sine agitatione erinnernd. Jetzt nach 2 Jahren gebessert; aber noch deutlich Rigidität, Neigung zu Zwangslachen, Dysarthrie, Speichelfluß; er kann den Mund spontan nur ganz wenig öffnen, dagegen gelingt die Öffnung, wenn er einen Bissen in den Mund schiebt. Diagnose: Encephalitis mit Lokalisation in Bulbus und Linsenkern. — Die Störung der Mundöffnung und vielleicht auch die Schluckbeschwerden (unabhängig von der Benommenheit) sind wohl als Folge des „Mangels an Initiative“ zu deuten (Linsenkern). Zwangsbewegungen wurden am häufigsten bei Affektion des Thalamus und der Kleinhirnschenkel gefunden. Der Salbenglanz des Gesichtes (in den beiden früher mitgeteilten Fällen) beruht vielleicht auch auf Thalamusbeteiligung. Für die Urin- und



Kotstörung liegt die Annahme einer spinalen Querschnittserkrankung am nächsten. Auf Andeutung myasthenischer Symptome ist in Zukunft zu achten. Krambach (Berlin).

157. v. Economo, C., Zur Encephalitis lethargica. (Bemerkungen zum gleichnamigen Artikel G. Bernhardts und A. Simons' in Neurol. Centralbl. Nr. 22, 1919.) Neurol. Centralbl. **39**, 218. 1920.

Die „Einheit des Krankheitsbildes" ist dadurch, daß die Encephalitis lethargica vor allem in eigenen Epidemien auftritt, bewiesen. Die Spezifität der Erreger ist ein relativer Begriff. Spezifität der Erreger besteht insofern, als die Fälle von Encephalitis lethargica stets durch Erreger aus der Gruppe bestimmter Diplostreptokokken hervorgerufen werden. Pathologisch-anatomisch besteht Ähnlichkeit mit der Poliomyelitis cerebri, aus dem Gesamtbild aber läßt sich die Diagnose stellen. Der Simonssche 2. Fall ist zur Lethargica zu rechnen. Bernhardts und Simons Ergebnis, daß das Grippevirus filtrierbar, das der Encephalitis lethargica nicht filtrierbar ist, ist als wichtiger Zusatz den von v. Economo aufgestellten Sätzen zuzufügen. Krambach (Berlin).

158. Bernhardt, G., und A. Simons, Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen. Neurol. Centralbl. **39**, 220. 1920.

Diskussion über den Begriff der „Spezifität" einer Krankheit. v. Economo faßt den Begriff der Encephalitis lethargica so weit, daß er in dem der Encephalitis überhaupt aufgeht. Die Beziehungen zwischen gehäuft auftretender Encephalitis und Grippe sind ungeklärt. Krambach.

● **159. Weichardt, Wolfgang, Ergebnisse der Hygiene, Bakteriologie, Immunitätsforschung und Experimentellen Therapie.** Vierter Band. 448 S. Berlin 1920. Verlag von Julius Springer. Preis M. 88,—.

Der neue Band von Weichardts Ergebnissen behandelt in durchweg vorzüglichen Einzeldarstellungen besonders wichtige Themata, die zum größten Teil durch die Erfahrungen des Krieges in den Vordergrund des Interesses getreten sind bzw. im Hinblick auf die gegenwärtigen hygienischen Bedürfnisse Beachtung verdienen. Der Band zeigt folgende Gliederung: Über die Ätiologie und spezifische Behandlung der Gasödemerkrankung (F. Klose). — Weilsche Krankheit [Kritische Übersicht (W. Fromme)]. — Epidemiologie und Diagnostik des Fleckfiebers (Th. Zlocisti). — Epidemiologie, Diagnose und Prophylaxe der Malaria und malariaähnlichen Erkrankungen [Pappataci und Recurrens (Th. Fürst)]. — Die Grundlagen der Proteinkörpertherapie (P. Kaznelson). — Neuere eiweißchemische Vorstellungen in ihren Beziehungen zur Immunitätslehre (E. Herzfeld und R. Klinger). — Kritische Zusammenfassung der Arbeiten über Hitzedesinfektion aus den Jahren 1914 mit 1919 (H. Schmitt). — Die technischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkte für die Gestaltung der Neusiedelungen und die Herstellung der Neubauten von Heimen und bescheidenen Wohnungen (H. Chr. Nussbaum). — Die Immunisierung gegen Malleus (A. Marxer). — Die Bekämpfung der Tuberkulose unter den Rindern (H. Haupt). — Das Werk kommt einem dringenden Bedürfnis entgegen, da das Referatenwesen auf dem Gebiet der Immunitätsforschung infolge des Krieges sehr gelitten hat und auch jetzt noch im argen liegt. F. Plaut.



160. Fraenkel, Eugen, Über Augenerkrankungen bei Grippe. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 673.

Mitteilung sehr bemerkenswerter pathologisch-anatomischer Befunde.
Eugen Kahn (München).

161. Strümpell, Adolf, Über Encephalitis epidemica (Encephalitis lethargica). Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 705.

Vortrag, aus dem bemerkenswert ist, daß Strümpell die Encephalitis epidemica und die Grippeencephalitis für ätiologisch verschieden hält.
Eugen Kahn (München).

162. Klieneberger, Carl, Schlafkrankheit, Grippeencephalitis, Encephalitis comatosa. Dtsch. med. Wochenschr. 1920. S. 654.

Kurzer, orientierender Aufsatz für den Praktiker Eugen Kahn.

163. Loewenthal, Waldemar, Bakteriologischer Befund bei Encephalitis lethargica. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 289.

Nachweis von Influenzabacillen von Form und Größe der Pfeifferschen in der Milz bei einem Fall von E. lethargica. Eugen Kahn (München).

164. Neuda, P., Demonstration des „weißen (anämischen) Exanthems“ im Rekonvaleszenzstadium einer geheilten Grippeencephalitis. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk., 30. April 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 458. 1920.

Bei 5 Fällen von Grippeencephalitis traten in der Rekonvaleszenz linsengroße weiße Fleckchen an den Extremitätenenden auf, die der Verf. als Ausdruck einer auf toxischem Wege gesetzten ungleichmäßigen Innervation ansieht. Verf. erblickt in diesem Befunde „einen hohen Hinweis auf den peripheren Angriffspunkt an den Gefäßen der unbekannten Grippenoxe.“
J. Bauer (Wien).

165. Dimitz, L., Zur Kenntnis der Encephalitis epidemica (choreiformis). II. Mitteilung. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 231. 1920.

Nach dem ersten, ungefähr 2 Wochen dauernden Stadium der Krankheit, das durch motorische Reizerscheinungen, Delirien usw. charakterisiert ist, tritt ein durch eine auffällige Bewegungsarmut charakterisierter Zustand ein, zu dem sich zuweilen Schlafsucht gesellt. Häufig treten Schmerzen auf, die entweder blitzartig und synchron mit Muskelzuckungen sind oder dauernd in einem Brennen oder Jucken bestehen. Dieses Stadium ähnelt sehr der Encephalitis lethargica und kann lange anhalten. Rezidive sind häufig, doch ist in dieser Phase der Krankheit die Prognose günstiger zu stellen, wenn auch die Temperatur sinkt und der Puls voller wird. Die Prognose der schweren Fälle ist ernst, die Mortalität beträgt ungefähr 40%, und zwar erscheint das männliche Geschlecht häufiger betroffen als das weibliche. Die Therapie, die in Injektionen von Pneumokokkenserum und hohen Salicyldosen bestand, schien einen günstigen Einfluß auf den Krankheitsverlauf zu haben. Sowohl klinisch als epidemiologisch bestehen sichere Zusammenhänge zwischen der Encephalitis choreiformis und lethargica. Der von Wiesner bei der Encephalitis lethargica nachgewiesene Streptococcus pleomorphus wurde auch bei der choreiform verlaufenden Erkrankung gefunden. Ebenso sind Zusammenhänge dieser Erkrankungen mit der Grippe sehr wahrscheinlich. Die anatomischen



Befunde im Zentralnervensystem sind, wenn auch gewisse Verschiedenheiten bestehen, doch keineswegs solche, daß sie eine Trennung beider Krankheitsbilder erfordern. Rein klinisch genommen, kann man gleichwohl bestimmte Formen der Encephalitis als eigenes Krankheitsbild aufstellen, indem man die Encephalitis epidemica in zwei Verlaufstypen einteilt, und zwar die lethargica und choreiformis. J. Bauer (Wien).

166. Wiesner, R., Zur Pathogenese der Grippe. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 531. 1912.

Die Überlegung, ob nicht eine zentrale Innervationsstörung den Anlaß zu den schweren Grippepneumonien gebe, führte zur histologischen Untersuchung des Vaguskerngebietes. Diese ergab Kernveränderungen, die in einem nennenswerten Ödem des Vaguskerngebietes und in Zell- und Zellkernschädigungen bestehen, die bis zu weitestgehender Atrophie und endlich völligem Schwund von Ganglienzellen führen. Andererseits bestehen auch mikroskopische Bilder, die lediglich eine Zelldegeneration ohne Zelltod vermuten lassen. Diese Veränderungen wären demnach der greifbare Ausdruck der Toxinschädigung, die das Zentralnervensystem befällt, nachdem sich der erste Kampf mit dem Grippevirus an den Schleimhäuten des oberen Respirationstraktes abgespielt hat. Durch die mit den Vaguskernläsionen zusammenhängenden Innervationsstörungen ist den Sekundärinfektionen der Boden bereitet. Diese Untersuchungen führen wieder zu der Auffassung der Grippe als letzten Endes „nervöser“ Erkrankung, die auch schon für die Influenza galt. J. Bauer (Wien).

167. Schlesinger, H., Die jetzt in Wien herrschende Nervengrippe (Encephalitis, Polyneuritis und andere Formen). Wien. klin. Wochenschr. **33**, 358. 1920.

Im Verlaufe dieser Epidemie wurden wiederholt Übergangsformen zwischen der lethargischen und choreiformen Encephalitis beobachtet, ja geradezu ein Wechsel im klinischen Bilde. Bei den Formes frustes und den larvierten Formen sah man als einziges Symptom klonischen Zwerchfellkrampf, Singultus und leichte Bauchmuskelkrämpfe sowie klonische Zuckungen einzelner Muskelgruppen. Ebenso traten isolierte Facialislähmungen, rasch vorübergehende Hemiparesen und Schlafsucht ohne Hirnnervenlähmung als einziges Zeichen einer Nervengrippe auf. Ein atypischer Beginn der Grippe namentlich mit abdominellen Symptomen bot oft diagnostische Schwierigkeiten, da Verwechslungen mit Appendititis, Nierenkolik usw. naheliegen. Bemerkenswert sind ferner Mono- und Polyneuritiden als einziges Lokalsymptom einer Nervengrippe. Die Prognose ist im allgemeinen keine günstige, die protrahierten Fälle scheinen bessere Chancen quoad vitam zu geben. J. Bauer (Wien).

168. Economo, C., Die Encephalitis-lethargica-Epidemie von 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 329 u. 361. 1920.

Die heurige Epidemie von Encephalitis lethargica war charakterisiert durch die toxische Komponente der Erkrankung, durch die hyperkinetische und tabische Form ihrer Symptome, durch die poliomyelitische Ausbreitung und durch die Kombination mit Grippe. Der epidemiologische Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen einerseits und die auffallenden



Unterschiede im infektiösen, klinischen, anatomischen und bakteriologischen Verhalten andererseits lassen sich am ehesten in der Weise erklären, daß das der Encephalitis epidemica zugehörige Virus, der Diplostreptococcus pleomorphus, sich gelegentlich mit dem Erreger der Grippe vergesellschaftet und diese entweder ein Aufflackern des Virus der Encephalitis verursacht oder als Pfortenöffner bei der Infektion dient. Diese letzte Annahme würde am besten sowohl das Vorkommen der Encephalitisepidemie ohne Grippe als die gelegentliche epidemiologische Vergesellschaftung beider erklären.

J. Bauer (Wien).

Störungen des Stoffwechsels. Innere Sekretion.

169. Stracker, Spontanfrakturen bei Hungerosteopathie. Ges. d. Ärzte in Wien, 9. April 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 371. 1920.

Unter den bei Hungerosteopathie beschriebenen Knochenbrüchen sind die Schenkelhalsfrakturen selten, obwohl diese Stelle durch ihre mechanischen Verhältnisse für Brüche disponiert erscheint. Die beiden demonstrierten Patientinnen, die nach Trauma einen Schenkelhalsbruch erlitten, lebten nur von den rationierten Nahrungsmitteln. Für die Diagnose ist das Röntgenbild unerläßlich. J. Bauer (Wien).

170. Goldreich, A., Ein Fall von Forme fruste eines Myxödems. Ges. d. Ärzte in Wien, 14. Mai 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 484. 1920.

Eine 54jährige Frau wurde wegen einer rasch wachsenden Struma, die als maligne angesehen wurde, achtmal röntgenbestrahlt. Nach einiger Zeit besten Befindens stellte sich Müdigkeit, Apathie und Schläfrigkeit ein, das Gesicht wurde gedunsen, die Haut trocken und kühl. In der Gegend der Schilddrüse ist Schilddrüsengewebe kaum tastbar. Es handelt sich zweifellos um einen infolge der Röntgenbestrahlung aufgetretenen Hypothyreoidismus. J. Bauer (Wien).

171. Beumer u. Iseke, Der Kreatin-Kreatininstoffwechsel bei Myxödem und Gesunden unter Einwirkung von Thyreoidin. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 178. 1920.

Die Untersuchungen wurden angestellt an einem 13jährigen Mädchen mit Myxödem, sowie an je einem 13jährigen gesunden Knaben und Mädchen; sie beschränkten sich auf die Feststellung der Kreatin-Kreatininausscheidung im Urin mit Hilfe des Authenriethcolorimeters. Die Wirkung des Thyreoidins war beim Myxödematösen wie beim Gesunden prinzipiell gleich; bei beiden wurde eine gewaltige Vermehrung der Kreatinausscheidung festgestellt, die erst einige Tage nach Beginn der Verabreichung des Mittels einsetzte und nach Aussetzen des Thyreoidins erst allmählich wieder abklang. Die starke Kreatinausscheidung kennzeichnet den Grad der durch das Thyreoidin bewirkten Einschmelzung von Organeiweiß. Ein Unterschied besteht insofern, als das Myxödem stärker und andauernder beeinflußt wird als der gesunde Organismus. Schob (Dresden).

172. Wiesenthal, Ein Fall von Pubertas praecox. Ges. d. Ärzte in Wien, 4. Juni 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 549. 1920.

Der 28 Monate alte Knabe zeigt seit zehn Monaten ein rascheres Körperwachstum, Pigmentation des Penis, Schamhaare, häufige Erektionen. Die



Stimme wurde tiefer und rauh. Die Standhöhe von 102 cm entspricht dem 5. Lebensjahr, das Körpergewicht dem 6., das Genitale sieht wie das eines 15jährigen aus, die Röntgenaufnahme zeigt Ossificationsverhältnisse wie sonst im 12. Lebensjahre. Anhaltspunkte für das Bestehen eines Hirntumors sind nicht vorhanden.

Aussprache: J. Bauer hält die dunkle Pigmentierung des Knaben für bemerkenswert und erwähnt Beziehungen zwischen Zirbel und Hautpigment.

Neurath betont den Kontrast zwischen gut entwickeltem Thorax und kurzen Extremitäten, der an die Achondroplasie erinnert, die nicht auf einer gesteigerten Funktion der Keimdrüsen beruht, da dabei oft frühzeitig auftretende sekundäre Geschlechtsmerkmale fehlen. J. Bauer (Wien).

173. Veil, W. H., Über die Auslösung intermediärer Kochsalzverschiebungen vom Zentralnervensystem aus. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. **87**, 189. 1920.

Warnung vor der Überschätzung der hypophysären Theorie des Diabetes insipidus, Betonung der Wichtigkeit des Hypothalamus und des Bodens des 4. Ventrikels für den Wasserumsatz in den Geweben. Die Verletzung des letzteren, der „Salzstich", ergab am Kaninchen auch nach operativer Ausschaltung der Niere im Blute Hypochlorämie und vorübergehende Hydrämie. Ein Analogon hierzu findet man in der Theocinwirkung, nur daß hier Bluteindickung stattfindet. In beiden Fällen kann der Mineralstoffwechsel direkt auf nervösem Wege unter Umgehung des sympathischen Regulationsapparates der Niere beeinflußt werden. Weil.

174. Reye, Hypophysäre Kachexie. Ärztl. Verein zu Hamburg 11. X. 1920.

Reye stellt einen weiteren klinisch diagnostizierbaren Fall von hypophysärer Kachexie vor. In dem durchaus typischen Bild war besonders eine große psychische Stumpfheit hervortretend. Keine Gesichtsfeldstörungen, keine Polyurie, Schädelbasis normal. Leichte Zellvermehrung im Liquor. Eosinophilie im Blut; Abbau von Hypophyse nach Abderhalden. Verdächtige Narben an der Stirn und positiver Blutwassermann bewiesen die syphilitische Genese des Prozesses. Die vervollständigte Anamnese ergab denn auch, daß der 1. Mann die Pat. vor 20 Jahren infiziert hatte. Hg + Salvarsan + — da andere Hypophysenpräparate nicht zur Verfügung standen — Asthmolysin führten eine erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes, vor allem Beseitigung der psychischen Symptome, ferner Wiederwachsen der Augenbrauen und Pubes herbei. Es wurden bisher 7 Fälle von Syphilis der Hypophyse beschrieben; sie verliefen jedoch alle — abweichend von dem mitgeteilten — unter dem Bilde der Dystrophia adiposogenitalis — und 6 von ihnen betrafen kongenitale Syphilis.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

175. Curschmann, K., Über die endokrinen Grundlagen des Bronchialasthmas. Dtsch. Arch. f. klin. Med. **132**, 362. 190.

Das thymogene Asthma ist kein Bronchialasthma, es ist überhaupt fehlerhaft, ein endokrines Organ als den primären Faktor anzunehmen, es handelt sich immer um pluriglanduläre Störungen. In seltenen Fällen kann Basedow Asthma hervorrufen, noch öfter kommt es durch Nebenschilddrüsenerkrankungen zustande, Vagotonisierung durch Tetanie. Beziehungen



der Nebennieren zum Asthma sind nicht festgestellt. Verf. beschreibt dann einen Fall von klimakterischem Bronchialasthma, kombiniert mit Hemikranie und flüchtigen Ödemen, bei dem er an thyreogene Entstehung denkt. Fälle von Asthma bronchiale mit regelmäßiger Wiederkehr während der Menstruation führt er auf die vagotonisierende Wirkung der Ovarialtätigkeit zurück. Weiter beschreibt Verf. einen Fall mit hypophysären Symptomen (Diabetes insipidus, akromegale Symptome) mit echtem Bronchialasthma, bei dem eine Hypophysenmetastase eines von der Thymus ausgehenden, auch beide Nebennieren metastatisch befallenden Carcinoms bestand. Das Asthma in diesem Fall leitet Verf. aber von der Hypophyse ab, es ist der erste klinisch beobachtete Fall hypophysären Asthmas. Eine Bereitschaft hat die vagotonisierende Hyperthymikation durch den Thymustumor gebildet. Erkrankungen innerer Drüsen, vor allem der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Ovarien, Hypophyse und vielleicht auch Thymus können also durch eine Erhöhung des Vagustonus einen Einfluß auf die Entstehung des Bronchialasthmas haben. Verf. weist noch auf die Beziehungen zwischen Anaphylaxie und ihrer Teilerscheinung, dem Asthma und der inneren Sekretion hin. Die Feststellungen sind auch therapeutisch bedeutsam, Behandlung mit Calcium, Strumabehandlung, Ovarialpräparaten, antichlorotischer Behandlung, Adrenalin usw. je nach der Eigenart des Falles.

K. Löwenstein (Berlin).

Epilepsie.

176. Sittig, Otto, Über Gliastrauchwerk und andere Veränderungen bei einem Fall von traumatischer Epilepsie nach Kopfschuß. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 26.

In dem mitgeteilten Fall waren etwa 1 Jahr nach Kopfschuß epileptische Anfälle aufgetreten, die in einem 2tägigen Status zum Tode führten. Mikroskopisch fand sich im Gehirn neben diffuser Gliazellwucherung — zahlreiche Mitosen in der ganzen Hirnrinde — fleckförmige Glioproliferation in der Randzone des Großhirns und in der Molekularzone des Kleinhirns, in letzterer in Form des von Spielmeyer beschriebenen Strauchwerks. Verf. nimmt an, daß diese zellige Gliawucherung die Vorstufe der Fasergliavermehrung in Fällen von Paralyse und Epilepsie sei. Ob wirklich diese Prozesse, wie Verf. meint, sich innerhalb von 2 Tagen entwickelt haben, scheint Ref. doch fraglich, da an dem Gehirn doch auch vor dem Status schon allerhand — Trauma, Absceßbildung, Operation — vor sich gegangen ist.

F. Wohlwill (Hamburg).

177. Volland, Über das Vorkommen von Koordinationsstörungen und anderen Symptomen bei epileptischen Krankheitsbildern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 161. 1920.

Unter 100 teils genuinen, teils „organischen“ Epileptikern fanden sich 28 mit dauernder Störung der dynamischen Koordination in Gestalt des Vorbeizeigens, 58 Fälle zeigten das Symptom zuweilen. In allen Fällen waren Störungen der statischen Koordination nachzuweisen. Diesen Störungen liegen sehr wahrscheinlich lokale Hirnalterationen zugrunde. Da sie bei Kopfverletzungen verschiedener Lokalisation ebenfalls zu beobach-



ten sind, kann das Koordinationsvermögen nicht an ein umschriebenes Zentrum gebunden sein, sondern muß eine ausgebreitete corticale Lokalisation besitzen. — Im übrigen wird noch auf das Vorkommen von Halbseitenerscheinungen, Linkshändigkeit, Schilddrüsenveränderungen, tetanischer Symptome, vagotonischer Erscheinungen und als besonders häufiges Degenerationszeichen auf das Auftreten nystagmusähnlicher Zuckungen hingewiesen. Bostroem (Rostock).

178. Hauptmann, Ein Weg, das Wesen der „genuinen" Epilepsie zu erforschen? Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 1. 1920.

Verf. wurde durch das gegenwärtig besonders reichlich zur Verfügung stehende Material an posttraumatischer Epilepsie angeregt zu erörtern, inwieweit Untersuchungen an diesem Material es ermöglichen würden, zu den verschiedenen für eine Erklärung der genuinen Epilepsie prinzipiell in Betracht kommenden Gesichtspunkten Stellung zu nehmen. Als solche Gesichtspunkte hebt seine ins einzelne durchgeführte Übersicht die folgenden zusammenfassend hervor: I. Abnorm angelegtes Gehirn und exogene Reizstoffe. II. Abnorm angelegtes Gehirn und endogen entstandene Reizstoffe, und zwar a) normale Stoffwechselprodukte, b) pathologische Stoffwechselprodukte, letztere entstammend entweder 1. einer primären Stoffwechselstörung, oder 2. einer sekundären, vom Gehirn abhängigen Stoffwechselstörung. III. Normal angelegtes Gehirn und Stoffwechselstörung. IV. Primärer fortschreitender Gehirnprozeß. Die posttraumatisch Epileptischen als (voraussichtlich) weder an Stoffwechselstörungen noch an einer an sich gestörten Gehirnfunktion leidende Menschen gestatten nun den Nachweis: erstens welche Stoffwechselstörungen durch Gehirnläsionen überhaupt gezeitigt werden; zweitens welche Stoffwechselstörungen die Folge von Krampfanfällen sind, die durch einen lokalen Reiz hervorgerufen werden; drittens welche Stoffwechselstörungen bei posttraumatischer Epilepsie i. e. S. vorhanden sind, d. h. bei Pat., deren Anfälle erst längere Zeit nach Heilung der Verletzung auftreten und nicht durch lokalen Reiz zu erklären sind. Verf. zeigt weiterhin, daß noch geeigneter als die spontan auftretenden Anfälle, künstlich provozierte wären (z. B. durch Wärmeeinwirkung auf die Verletzungsstelle), und daß man überdies die reinsten und ergiebigsten Versuchsbedingungen vor sich hätte, wenn man den künstlichen Anfall an einem gar nicht lädierten Gehirn hervorriefe, d. h. an einem Schädel, der nur in Verfolg einer Verletzung, etwa zur Inspektion der Dura, trepaniert wäre. Besonders wertvolle Untersuchungsobjekte werden diejenigen Fälle darstellen, in denen die Anfälle erst lange Zeit nach der Verletzung und von vornherein universell einsetzen (posttraumatische Epilepsie i. e. S.), Fälle also, die der nicht-traumatischen Epilepsie am meisten ähneln. Hier gilt es festzustellen, welche Umstände hinzutreten müssen, um aus einem Gehirnverletzten, dessen Läsion geheilt ist, einen posttraumatischen Epileptiker zu machen. Man wird hier, entsprechend der oben unter II unterschiedenen Entstehungsmöglichkeit der genuinen Epilepsie, zu prüfen haben, ob, falls wirklich Stoffwechselprodukte an dem Auftreten der Anfälle solcher Posttraumatiker schuld sind, es nur die normalen Stoffwechselprodukte bei zu gesteigerter Reizbarkeit umgestimmtem Gehirne



sind, oder aber krankhafte; wonach dann die zweite Frage zu entscheiden wäre, inwieweit diese Stoffwechselstörung nur eine Folge der veränderten Gehirnfunktion ist. Zu diesem Zwecke müßten also möglichst viele Fälle nach Heilung ihrer Gehirnläsion lange Zeit (in Stichproben) auf ihren Stoffwechsel untersucht werden. Die Frage, ob eine bei der genuinen Epilepsie gefundene Stoffwechselstörung nur eine Folge des Gehirnprozesses wäre, könnte durch einen Vergleich mit den kurz nach einer Gehirnverletzung etwa aufgefundenen Stoffwechselanomalien gefördert werden. Die Annahme einer (schon vortraumatisch bestehenden) besonderen Disposition zur Epilepsie als Erfordernis des Ausbruchs einer posttraumatischen ist in der Literatur lebhaft bestritten und nach Verf. Erfahrungen sehr wenig gestützt; aber dieses Ergebnis sollte auch durch anatomische Untersuchungen noch gesichert werden. Gewisse Umstände, die die Heranziehung der Untersuchungen an traumatisch Epileptischen zur Erklärung der Genese der genuinen Epilepsie verbieten könnten, bilden, wie im einzelnen ausgeführt wird, in Wirklichkeit kein Hindernis: Das gilt von der (strittigen) Bedeutung gewisser Lokalisationen der Verletzung für das Auftreten der Anfälle, ebenso von der Größe des Schädeldefektes und von der Anwesenheit von Splittern im Gehirn. Die ersten Schritte auf dem vorgezeichneten Wege liegen in Untersuchungen von Goldstein, Redlich, Poppelreuter bereits vor. Die gemeinsame Arbeit vieler Forscher ist erforderlich, und Verf. empfiehlt dringend die sofortige Inangriffnahme des Materials. das nicht so bald in dieser Fülle wiederkehren dürfte. Lotmar (Bern).

179. Pfister, Zur Diagnose der Epilepsie. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. **48**, 185. 1919.

Verf. weist besonders auf die Bedeutung gewisser Restzeichen nächtlicher Anfälle, des sporadischen selten auftretenden Bettnässens, Blutungen, besonders an der Bindehaut, Ohr, in die äußere Haut hin.

K. Löwenstein (Berlin).

Angeborene geistige Schwächezustände.

180. Bellmann, W., Suicidversuch einer Geistesschwachen durch Verschlucken einer reichlichen Menge von Fremdkörpern (Nadeln, Nägel, Glas u. a.). Fortsch. a. d. Geb. d. Röntgenstr. **27**, 51. 1919.

Ein einschlägiger Fall mit röntgenologischem Nachweis.

K. Löwenstein (Berlin).

Paralyse. Syphilitische Geistesstörungen.

181. Hauptmann, Spirochäten und Hirnrindengefäße bei der Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **57**, 122—173.

In dieser ausgezeichnet klaren Arbeit, die dem allgemeinen Biologen beinahe ebensoviel bringt wie dem Neurologen und Pathologen, werden die Beziehungen auseinandergesetzt, die zwischen den Spirochäten und den verschiedenen Gewebsanteilen des Gehirns bestehen. Voraussetzung für die Untersuchung war die Anschauung, daß bei der Hirnsyphilis die Spirochäte sich auf den mesodermalen Anteil des Gehirns beschränkt, während die Weiterverbreitung der Spirochäten mit Durchbrechung der gliösen

Grenzscheiden und ihre Aussaat in das ektodermale Gewebe den spezifisch paralytischen Prozeß begründet. Bei der Untersuchung paralytischer Gehirne fällt auf, daß die Spirochäte bei der Gefäßdurchwachsung der Hirnrinde eine bei weitem geringere Rolle spielte, als man nach den entzündlichen Veränderungen im adventitiellen Raum annehmen sollte. Besonders schwierig ist die Entscheidung, ob die Spirochäten aus dem Lumen der Gefäße in die Wand einwandern und sich von da aus in das Hirngewebe ausbreiten oder ob der umgekehrte Weg eingeschlagen wird. Aus den sehr komplizierten Bildern wird der Schluß gezogen, daß sowohl eine Auswanderung aus der Gefäßwand in das Gehirngewebe als auch umgekehrt eine Einwanderung in die Gefäßwand aus dem Gewebe vorkommen kann. Sehr eigentümliche Bilder geben die sog. Spirochätenschwärme, die in dem Gehirn anscheinend wandern, auf ihrem Wege die Gefäße bald infiltrieren, bald auch völlig unberührt lassen. Ja man kann sehen, daß die Spirochäten manchmal das Gefäß einseitig wie mit einem Wall umgeben und könnte sich vorstellen, daß es sich hier um die Anstauung von Spirochäten an der ein Hindernis bildenden Gefäßwand handelt. Es gibt Fälle, in denen die Gefäße von Spirochäten dicht durchsetzt sind, ohne daß es in ihrer Umgebung zu stärkeren Ansammlungen im Gewebe käme. Andererseits gibt es auch wieder Fälle, in denen das Gewebe dicht durchsetzt ist von Spirochäten, während die Gefäße gar nicht oder nur ganz unbedeutend am Prozeß beteiligt zu sein scheinen. Es werden ausführlich die verschiedenen Möglichkeiten besprochen, die die eigenartige Anordnung der Spirochäten im Gehirngewebe und in den Gefäßen erklären könnten, es wird jedoch schließlich gefolgert, daß keine all dieser Möglichkeiten bisher in der Lage ist, die schwierigen Verhältnisse genügend zu klären. Den Übergang einer flächenhaften Spirochätenverteilung in eine circumvasale betreffend wird angenommen, daß es sich hier zunächst um eine allgemeine Ausbreitung der Spirochäten handelt, in deren Folge durch die Immunisierungsvorgänge das Gewebe mehr und mehr spirochätenfrei geworden ist, während in den Gefäßen ein solcher Vorgang noch nicht stattgefunden hat. — Betreffend die Verteilung der Spirochäten in den einzelnen Schichten der Hirnrinde ist zu erwähnen, daß im Mark niemals eine Beziehung von Spirochäten zu den Gefäßen sich gefunden hat. Die erste Rindenschicht blieb so gut wie ganz frei. Die Spirochäten lagen vorwiegend in den mittleren und tieferen Schichten. Irgendeine Gesetzmäßigkeit bei den verschiedenen Prozessen ließ sich nicht nachweisen. Ebenso fanden sich die einzelnen Prozesse im gleichen Falle kombiniert. Die Wallbildung war immer multipel. Von dem Vorkommen einzelner Exemplare zur Schwarmbildung fanden sich stets sichere Übergänge. Verf. vertritt den Standpunkt, daß es sich nicht um eine Verlaufseigentümlichkeit der paralytischen Erkrankung, also weder um eine Gehirnkonstitution noch um einen eigenen Abwehrmechanismus, noch um die biologische Eigenart bestimmter Spirochätenstämme bei der genannten Spirochätenanordnung handeln könne. Vielmehr durchlaufen bei der biologischen Fortentwicklung die Spirochäten sämtliche beschriebenen Stadien. Die Reihenfolge derselben aufzustellen ist nicht angängig. Die Übereinstimmung eines der geschilderten Ver-

teilungstypen der Spirochäten mit einem bestimmten klinischen Verlauf konnte nicht festgestellt werden. Jede erhebliche Spirochätendurchwachsung des Gehirns war immer mit irgendwelchen Spirochätengefäßprozessen vergesellschaftet. Dagegen ließ sich pathologisch eine Parallelität in dem Sinne nicht feststellen, daß etwa dort, wo eine Durchsetzung der Gefäße mit Spirochäten oder eine Umwallung vorhanden war, die Gefäße auch abnorme Proliferationsvorgänge ihrer Wandelemente oder Infiltrationen im Sinne sogenannter echtsyphilitischer Prozesse aufwiesen. Ebensowenig zeigte das Markscheidenbild Besonderheiten. Speziell konnten bei beiden Kategorien von Fällen fleckweiser Schwund konstatiert werden. Ein bevorzugtes Befallensein der Gefäße braucht nicht mit paralytischen Anfällen zu tun zu haben. Auch Verf. hält die Anschauung, daß es bei dem paralytischen Anfall zu einer Ausschwemmung von Spirochäten kommt, für die verständlichste, allerdings mit der Erweiterung, daß es nicht die Aussaat als solche sondern der darauffolgende immunisatorische Prozeß ist, der durch das plötzliche massenhafte Zugrundegehen der Spirochäten eine Menge von Endotoxinen frei werden läßt. Mit aller Reserve wird angeführt, daß in 2 Fällen, wo der lokalisierte Umwallungsprozeß besonders aus geprägt war, eine lokalbegrenzte multiple Verteilung der paralytischen Veränderungen sich fanden, die über das übliche Maß etwas hinausgingen. Es handelt sich bei Spirochätenprozessen der Umwallung und Durchsetzung der Gefäßwand nicht um Vorgänge, die eine Sonderstellung des betreffenden Falles rechtfertigen. Nur die Eigenart der Spirochätenansiedlung, d. h. ihr biologisches Verhalten und vielleicht ihre Ortsständigkeit resp. von der anderen Seite betrachtet, die biologische Eigenart der Spirochätenansammlung in der beschriebenen Weise kann als etwas Eigenartiges für jeden Fall betrachtet werden. Die Gefäßbeteiligung an sich ist nur eine Etappe im Spirochätendurchwachsungsprozeß des Gehirns. Der Grund für das Fehlen eines eigentlichen Reaktionsprozesses der Gefäßwandungen im Sinne der echten Syphilis bei der Paralyse darf nicht in der Art der Ansiedlung der Spirochäten in der Wand gesucht werden. Verf. stellt zur Diskussion, ob die biologische Eigenart der Spirochäte bei der Paralyse erst eine Folge der irgendwie abweichenden Abwehrmechanismen des befallenden Organismus darstellt. Als Verbreitungsweg der Spirochäte im Gehirn käme neben dem Blutweg noch der Lymphweg in Frage. F. H. Lewy.

182. Bresler, „Progressive Paralyse" oder „Hirnsyphilis". Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 299. 1919/20.

Vorschlag, der Paralyse den Namen „Fortschreitende Hirnsyphilis" zu geben. Es wird zur Erwägung gestellt, ob es sich empfiehlt, sämtliche Hirnsyphilitiker, einschließlich der Paralytiker, im Interesse der Spezialforschung in besonderen Anstalten zu sammeln. Die Aufnahmebezirke großer Städte ergeben diese Sammlung aber schon ohne unser Zutun.

Müller (Dösen).

183. Jahnel (Frankfurt a. M.), **Das Problem der progressiven Paralyse.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Vortr. erörtert an der Hand von Diapositiven die bis jetzt bekannten



Unterschiede zwischen der Paralyse und der Hirnsyphilis — bei ersterer liegen die Spirochäten hauptsächlich im nervösen Parenchym, bei letzterer in der Pia und den Hirngefäßwänden — und betont die Wichtigkeit von Spirochätenuntersuchungen vermittels elektiver Färbungen im Nervengewebe bei Fällen von Hirnsyphilis und latender Lues, da nur auf diese Weise Aufschluß über die Beteiligung des nervösen Parenchyms an der Spirochäteninvasion erlangt und die wichtige Frage, wann und wie die Spirochäten zuerst in die Hirnrinde gelangen, der Lösung nähergeführt werden könnte. Vortr. demonstriert ferner Spirochäten in der Aorta bei Paralyse, durch welchen Befund zum ersten Male der einwandfreie Nachweis geführt worden sei, daß bei der Paralyse außerhalb des Zentralnervensystems nicht bloß einzelne, aus demselben ausgeschwemmte Parasiten, sondern auch von diesem unabhängige Herde stärkerer Spirochätenwucherung vorkommen können. Dieser Nachweis hat die Richtigkeit des auf Grund serologischer Befunde erhobenen Postulats Plauts, daß bei der Paralyse auch außerhalb des Zentralnervensystems Quellen für die Wassermannreaktion vorhanden sein müßten, bestätigt. — Alle bisher aufgestellten und überhaupt denkbaren Theorien der Paralysenstellung sind unbefriedigend. Es erscheint daher notwendig, vorerst einmal ein größeres Tatsachenmaterial auf den verschiedenen die Paralysefrage schneidenden Wissensgebieten (Klinik der Paralyse, Spirochätenuntersuchung, Histopathologie, Serologie, experimentelle, sowie klinische Syphilis- und Therapieforschung) zu sammeln. Eigenbericht (durch Göring).

184. Sioli, F., Über die Behandlung der progressiven Paralyse mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 205.

Verf. glaubt mit den beiden stark wirkenden und gut vertragenen Mitteln bei einer Reihe von Paralytikern „Besserungen tiefgreifender Art" erreicht zu haben und fordert Fortsetzung energischer therapeutischer Versuche bei der Paralyse. Eugen Kahn (München).

Verblödungsprozesse. Psychosen bei Herderkrankungen.

185. Lua, M., Zur Kasuistik der Alzheimerschen Krankheit. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. **59**, S. 59. 1920.

Krankengeschichte und Sektionsbericht von 4 Fällen seniler und präseniler Demenz mit Herderscheinungen, die weder im klinischen noch im pathologischen Bild etwas Ungewöhnliches bieten. Ein Fall verlief lange mit paranoiden und katatonischen Symptomen und endete unter den Erscheinungen einer katatonischen Demenz. Verf. weist auf den von Alzheimer mit Recht hervorgehobenen Parallelismus dieser Form der senilen Demenz und der Lissauerschen Paralyse hin. Unter diesem Gesichtspunkt wäre es wünschenswert gewesen, in den Protokollen etwas ausführlicher den Nachweis zu erbringen, daß die aphasischen und katatonischen Erscheinungen auch tatsächlich durch die Lokalisation des Prozesses erklärt werden. F. H. Lewy (Berlin).

186. Ebell, Dementia praecox. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 225. 1919/20.

Um die Auffassung zu stützen, die anscheinend durch innere Ursachen

6*



begründete Dementia praecox entstehe vielleicht dadurch, daß die physiologische Involution der Thymusdrüse zu weit gegangen ist, wird das Krankheitsbild der Dementia praecox nach allen Richtungen mit den Erscheinungen der experimentellen Entfernung der Thymus bei Hunden einer Vergleichung unterzogen. Das Ergebnis ist weitgehende Übereinstimmung. Therapeutische Versuche sind bisher erfolglos geblieben. Ebbell geht leider auf eine Vergleichung der seelischen Bilder gar nicht ein, sondern behauptet einfach, sie seien sehr ähnlich. Tatsächlich sind die Unterschiede aber doch beträchtlich und auch der Hirnbefund zeigt bei Dementia praecox durchaus nicht so ausgesprochene degenerative Veränderungen wie bei den Thymushunden. Müller (Dösen).

Infektions- und Intoxikationspsychosen. Traumatische Psychosen.

187. Glaserfeld, Bruno, Über das gehäufte Auftreten des Cocainismus in Berlin. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 185.

Sehr beachtenswerte Mitteilung. Verf. glaubt, daß strenge Durchführung der bestehenden Vorschriften und entsprechende Kontrolle des lichtscheuen Cocainhandels Abhilfe schaffen könnten. Der Arzt — man kann diese Selbstverständlichkeit wohl nicht oft genug sagen — darf Cocain nur in geringen Mengen verschreiben und nur, wenn es wirklich unumgänglich notwendig ist. Eugen Kahn (München).

188. Herzig, Zur Ätiologie der nach Granatkommotion auftretenden psychotischen Zustände. Jahrb. f. Psych. **39**, 528. 1919.

Verf. diskutiert die verschiedenen entgegenstehenden Ansichten über die Entstehung der Kommotionspsychosen eingehend. Die Erklärung der Entstehung auf rein psychischem Wege begegnet unüberwindbaren Schwierigkeiten. Eine Erklärung der posttraumatischen Erscheinungen, wie Zittern, Taubstummheit, Astasie usw. würde die Erkenntnis bieten, daß als hysterische bekannte Erscheinungen auch ohne die für Hysterie maßgebende Psychogenie auftreten können. Bei den nach Gehirnerschütterung erstmals auftretenden hysterischen Erscheinungen handelt es sich um eine Konstitutionsänderung eines bis dahin gesunden Nervensystems. Verf. betont die Möglichkeit einer rückbleibenden psychopathischen Konstitution nach akuter Gehirnerschütterung; diese können sich kombinieren mit den fast psychologischen Nebenwirkungen des Unfalls, die sich in Aggravation und Simulation äußern. Die traumatische psychopathische Konstitution kann zu einer Psychose führen, bzw. deren Disposition bilden. Verf. nimmt im ganzen einen neutralen Standpunkt zwischen der rein traumatogenen und psychogenen Erklärung ein. Er glaubt im übrigen, daß das Gefühl latente in wirkliche Krankheiten umsetzen kann. Die Auslösung körperlicher Symptome durch psychische und psychopathologische Vorgänge liegt im Wesen der menschlichen Natur. Die Möglichkeit der rein traumatischen Genese der Hysterie ist richtig. Die Schwierigkeiten, die sich einer einheitlichen Auffassung der Kommotionspsychosen und -neurosen entgegenstellen, sind die Verschiedenheit des Begriffes psychogen und die Meinung, daß psychogene und hysterische Vorgänge eine andere als psychogene Her-



kunft ausschließen. Vielfach sind alle Vorgänge, welche mit einem psychischen Akt zusammenhängen, als psychogen bezeichnet worden. Die physiologisch entstandenen nackten Vorstellungen sind aber von den durch Gemütserschütterung ausgelösten zu trennen. Ein spezielles unterscheidendes Merkmal der psychogen ausgelösten körperlichen Krankheitserscheinungen gegenüber den gleichen, aber nicht psychogen ausgelösten, ist nicht auffindbar. Verf. betont dann noch, daß in letzter Zeit Oppenheims Ansicht mehr beigetreten worden ist, er nähert sich in seinen Ausführungen auch oft dessen Ansichten. K. Löwenstein (Berlin).

Degenerative psychopathische Zustände. Pathographien.

189. Bresler, Staatshäuptliche Seelenkunde. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 314. 1919/20.

Die Grundbedingungen des Seelenlebens der Staatshäupter bedürfen noch weiterer Erforschung. Ausgerüstet mit einem Gehirn, wie das jedes Bürgers, werden sie vor eine gewaltige Aufgabe gestellt, in einen überwältigenden Horizont des Selbstbewußtseins, in dem sie von allen Ereignissen historisch erfaßt werden und eine schwere Verantwortung tragen. Daß Wilhelm II. unter der Wucht seines Schicksals nicht zusammengebrochen ist, wird als Beweis seiner geistigen Gesundheit angeführt.

Müller (Dösen).

190. Um den Kaiser. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 319. 1919/20.

Mitteilungen aus Schriften von Graf Ottokar Czernin und Otto Hamann. Beide betonen die guten Charakterseiten Wilhelms II. und sehen sein Unglück zum großen Teil in den schwierigen Umständen eines Herrschers und dem Fehlen einer Kritik seiner Handlungen durch seine Umgebung. Müller (Dösen).

191. Hoppe, Adolf, Noch einmal: Die Krankheit Kaiser Wilhelms II. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 317. 1919/20.

Besprechung der Abhandlungen von Kleinschrod, Schäfer und Tesdorpf. Des letzteren durch neues Material gestützte Annahme eines periodischen Irreseins wird darauf reduziert, daß Wilhelm II. wohl an zirkulären Schwankungen, aber nicht an einer Geisteskrankheit leidet.

Müller (Dösen).

192. Reichmann, Frieda („Weißer Hirsch" bei Dresden), **Über Haltlosigkeit bei Psychopathen.** Deutscher Verein für Psychiatrie. Hamburg. Mai 1920.

Vortr. spricht über den Begriff der Haltlosigkeit bei Psychopathen und wendet sich mit J. H. Schultz (vgl. J. H. Schultz, Seelische Krankenbehandlung. Fischer. Jena) gegen die Aufstellung der Haltlosigkeit als einer selbständigen, einheitlichen, nosologischen Gruppe. Haltlosigkeit ist keine Krankheitseinheit auf vorwiegend affektivem Gebiet mit sekundärer Willensschwäche (Definition der Autoren), sondern ein komplexes Reaktionsresultat, das auf dem Boden intellektueller, affektiver und voluntärer Störungen, erhöhter Suggestibilität usw. bei jedem Psychopathen auftreten kann; z. B. als Folge von Aufmerksamkeitsstörungen, Konzen-



trations-, Merk-, Gedächtnisschwäche, Urteilslosigkeit, krankhafter Affektschwäche, Übererregbarkeit; Hemmungsschwäche usf. Die Intelligenz als solche, insbesondere auch die ethische Erkenntnis können dabei völlig intakt sein. — Vortr. weist auf verwandte Fehler bei anderen Gruppierungsversuchen hin: dahin gehört u. a. die Auffassung vieler Autoren, daß Alkoholismus, Prostitution usw. Folgen der Haltlosigkeit seien, wobei übersehen wird, daß ebenso häufig oder häufiger die umgekehrte Wechselbeziehung bestehen kann (Haltlosigkeit als Folge des Trunkes) oder die Aufstellung einer Sondergruppe asozialer Psychopathen, bei der nicht die Krankheitssymptome, sondern die durch sie beteiligte Wirkung der Kranken auf die Umwelt fälschlich zum Klassifikationsprinzip erhoben wird, die ihnen unter den symptomatologisch verschiedensten Umständen gemeinsam sein kann. — Diese und ähnliche Gruppen als selbständige Krankheitseinheiten aufzustellen, bedeutet nicht nur einen klassifikatorischen Fehler, sondern einen prinzipiellen Denkfehler, der anstatt Klarheit Verwirrung in die Erkenntnis der Psychopathien zu tragen geeignet ist, wie dies Prof. Schultz und der Vortr. an dem großen Psychopathenmaterial besonders deutlich geworden ist, das sie im Lahmannschen Sanatorium beobachten und behandeln konnten.

Eigenbericht, besorgt durch A. Jakob (Hamburg).

Psychogenie. Hysterie.

193. Donath, J., Vasomotorische Psychoneurose. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 83. 1920.

Als vasomotorische Psychoneurose bezeichnet der Verf. solche Fälle, wo eine vasomotorische Störung, verbunden mit schmerzhaften Empfindungen, eine starke psychische Reaktion hervorruft, ohne daß es zu einer ausgesprochenen Psychose kommen würde. Der vollständige Mangel von Angstempfindungen und Zwangsvorstellungen unterscheidet diese Fälle grundsätzlich von der Ereuthophobie. Der hierhergehörige Fall, über den der Verf. ausführlich berichtet, betrifft einen jungen, zartgebauten Mann mit familiärem Vorkommen des Leidens (eine Schwester). Als Knabe litt der Kranke an Enuresis nocturna, trieb lange Zeit Masturbation, litt später an Pollutionen und ist seit seinem 10. Lebensjahre Hämophile. Gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems, gekennzeichnet durch allgemein gesteigerte Reflexe, hochgradige und lang andauernde Dermographie und Hyperhidrosis. Seit seinem 18. Lebensjahre leidet er an einer vasomotorischen Neurose, die in einer dunkelrosenroten, ungleichmäßigen, großfleckigen Färbung des Gesichts, Cyanose der Hände, Röte der Zehen und Sohlen besteht. Die Gesichtsröte geht mit schmerzhaftem Brennen, Nadelstichen, Druck- und Spannungsgefühl einher. Wärme, Lampenlicht, Verlegenheit, Scham, steigern die Empfindungen. Das Leiden erzeugt im Kranken Ungeduld, Ruhelosigkeit, Arbeitsunlust, Depression. Geneigtheit zu blutigen Eingriffen ins Gesicht, Selbstmordgedanken. Therapeutisch unzugänglich, durch Adrenalin und Chinin konnte nur vorübergehende Besserung erzielt werden. Klarfeld (Breslau)

194. Hübner, A. H., Suggestionsbehandlung von neurotischen Menstruationsstörungen und Genitalneurosen. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 679.

Zuerst galvanische Suggestivbehandlung durch Pflegerin, dann faradische durch Verf., mit der in den bisher behandelten Fällen schöne Erfolge erzielt wurden. Eugen Kahn (München).

● **195. Schleich, C. L., Gedankenmacht und Hysterie.** Berlin 1920, Rowohlt. 78 S.

Wenn man nach der schon mehr als geschmacklos-amerikanischen Reklame des Verlages urteilen wollte, würde sich der Verf. durch diese Schrift zum Kopernikus oder Einstein „der Naturwissenschaften und der Weltanschauung" erheben. „Aller Stoff besteht aus Idee, aus Idee wird Substanz, die ganze Welt ist eine Geistererscheinung und in Bewegungsprobleme aufzulösen." Beweis dafür ist die Hysterie: „Ein Spezialfall der Schöpfung aus Idee und der einzig erkennbare objektive Beweis für die Lehre Platos. Ihr Wesen ein abnormes Eindringen der Phantasieströme der rechten Gehirnhälfte in den Betrieb der Körpergewebe" — der rechten, weil „alles, was zum linken Hirngebiet Meldungen entsendet, real ist". Hysterie = „Phantasiasis functionalis" oder „Formativa plastica". — Glückliches Temperament, das sich selbst an seiner Formativa plastica so berauschen kann und aus Idee im Handumdrehen Probleme löst, an denen sich Generationen den Kopf zerbrechen! Kehrer.

● **196. Neutra, Wilh., Seelenmechanik und Hysterie (Psychodystaxie). Vorlesungen über allgemeine und medizinisch angewandte Lustenergetik (Psychosynthese).** Leipzig, F. C. W. Vogel. 521 S. Preis M. 34,—.

Das umfangreiche Buch stellt den sehr weitläufigen Versuch dar, das Wesen der Hysterie und ihre Behandlung von einer möglichst breiten und tiefen Basis, aus der „Genealogie und Psychologie der Triebe und der Moral" zu verstehen und zu erklären. Vom Standpunkte der „Lustenergetik", die Neutra zum Zentrum seiner Psychologie macht, ist Hysterie „eine abnorme, oft sogar verkehrt gerichtete, aber kraftvolle und quallösende Willensentfaltung, die durch eine bestimmte Situation und deren Einwirkung auf Trieb und Moral in gleichstarker Weise bei gewisser Fähigkeit zur starren Moraleinstellung bedingt ist", also ein Produkt eines vor dem „Präsidial-(Klar-oder Ober-)Bewußtsein" unlösbaren Konflikts einer bestimmten Situation gegenüber". Ihre Symptome sind Ergebnisse der „psychischen Reparationstendenz", insofern Folgen einer Willensrichtung zur Gesundung (was offensichtlich, wenn auch antithetisch, gegen Bonhoeffers Definition gemünzt den Tatbestand schief ausdrückt). N. versucht auch eine Definition der Hysterie: „Hysterie ist eine unterbewußt ausgelöste und lustenergetisch zweckdienliche, in ihren physischen Zuständen als psychophysische Korrelation zu betrachtende Selbsttäuschung im Sinne von Krankheit". Abgesehen von diesen z. T. geschraubten Formulierungen, die hier wiedergegeben wurden, um das Wesentliche von N.s Auffassung in seinem Wortlaut zu kennzeichnen, ist das Buch sehr flüssig und angeregt geschrieben. Die Kapitel über die Psychotherapie (mit etwas gesuchten Überschriften wie



„Lustenergetisch-eudämonistische und psychosynthetische Therapie“ usw. versehen), enthalten viele treffende Bemerkungen. Kehrer.

197. Kugler, Ein System der Neurose. Kongreß f. inn. Med., Dresden 1920.

Jede wissenschaftliche ärztliche Tätigkeit muß eine ätiologisch-diagnostische Grundlage haben. In der internen Medizin besitzen wir eine exakte Einteilung der Krankheitsbilder nach befallenen Organen, klinischem Bild und ätiologischen Faktoren, so daß ein Fall unschwer diagnostisch eingereiht werden kann. Auch in der Psychiatrie hat das praktische Bedürfnis zur Aufstellung eines Systems ätiologisch und klinisch wohl abgegrenzter Krankheitsbilder geführt. Das Hauptwerk wissenschaftlicher Arbeit, die Erfahrung zu ordnen und in ein System zu bringen, ist bereits geschehen. Im weiten Feld der Neurose aber fehlt uns ein solches System von klinisch und ätiologisch umschriebenen Krankheitsbildern und alle Einteilungsversuche haben sich im großen und ganzen auf eine Einteilung nach der psychologischen Symptomatik beschränkt. Damit hat die Neurosenlehre den realen Boden der Klinik verlassen und ist stark in das Fahrwasser psychologischen Wortgeplänkels geraten. Nur wenn es gelingt, das Erfahrungsmaterial nach symptomatischen u n d ätiologischen Gesichtspunkten zu ordnen und dabei eine Gesetzmäßigkeit in den Wechselbeziehungen der Ätiologie und der Klinik zu finden, werden sich daraus praktisch diagnostisch wertvolle Krankheitstypen der Neurose ergeben. Ich habe von diesem Ziel geleitet 2000 Fälle eigener Beobachtung einer ätiologischen und symptomatologischen Bearbeitung unterzogen. 200 Fälle davon stammen aus meiner Dienstzeit auf der neurologisch-psychiatrischen Klinik in Innsbruck, 150 Fälle sind Neurosen bäuerlicher Bevölkerung, 550 Fälle gehören der kleinstädtischen Hauspraxis an und 1100 Fälle entstammen meiner Sanatoriumpraxis, sind durchaus mit ausführlichen Krankengeschichten belegt und scheinen mir ein besonders geeignetes Untersuchungsmaterial zu sein, weil diese vorwiegend sehr intelligenten Kranken ätiologisch und symptomatologisch gute Anamnesen geben. Ich habe in diesen Anamnesen in jedem einzelnen Fall das entscheidende ätiologische Moment klarzulegen versucht und in jedem Fall das führende Symptom festgestellt. Es hat sich dabei gezeigt, daß, entsprechend dem Wesen der Neurose als einer Störung der Organwechselbeziehungen, die Ätiologie auf jedem Gebiet des Somatischen und Psychischen liegen kann, daß hingegen die Symptomatologie nur eine psychologische sein kann, weil das Hauptkriterium der Neurose als Störung der gesamten Organwechselbeziehung eben das Psychopathologische sein muß. Ich konnte die rein praktisch gefundenen Ätiologien in 8 Gruppen somatischer und in 8 Gruppen psychischer Ätiologie einreihen. Diese Gruppierung ist zwanglos aus der ätiologischen Einordnung der Fälle hervorgegangen und hat sich im Laufe der Arbeit immer mehr vereinfacht. Bei der Einordnung der Fälle nach dem Symptom oder besser nach dem führenden Symptomenkomplex habe ich mich an das Beispiel der Psychiatrie gehalten, in der es ja auch notwendig ist, in der bunten Flucht der psychologischen Erscheinungen durch die Auffindung des führenden Symptoms diagnostische Klarheit zu schaffen. Sie sehen an dieser Tabelle 6 symptomatologische Reihen, deren erste mit E bezeichnet, den Symptomenkomplex



der Ermüdung, deren zweite mit V bezeichnet, den Symptomenkomplex der vasomotorischen Erregung mit einer Unterabteilung für Basedow und Basedowoid, deren dritte mit A bezeichnet, den Symptomenkomplex der Angstneurosen, deren vierte mit H bezeichnet, die hypochondrische Verstimmung, deren fünfte mit D bezeichnet, die durch Gemütsdepression bestimmten, und deren sechste mit Hy bezeichnet, die durch den hysterischen Prozeß bedingten Symptomenkomplexe umfaßt. Sie sehen in der Tabelle nach Prozenten angegeben, welche und wie viele symptomatologische Krankheitsfälle den einzelnen ätiologischen Gruppen entsprechen. Die erste ätiologische Gruppe, die Neurosen durch neuropathische Konstitution, habe ich möglichst einzuengen versucht, und nur in jenen Fällen, in denen kein anderes pathogenes Moment auffindbar war, das ätiologisch zureichend gewesen wäre, um bei normaler Widerstandskraft eine Neurose hervorzurufen, die im Keimplasma verankerte Konstitution als die verminderte Widerstandskraft im Sinne Martius' als die entscheidende Ätiologie gelten lassen, während sie als Nebenätiologie ja in sehr vielen Fällen der Neurose in Rechnung gestellt werden muß. In den Fällen aber, die ich der ersten Gruppe der neuropathischen Konstitution einreihte, konnte ich stets auch Stigmata konstitutioneller Minderwertigkeit auf körperlichem und psychischem Gebiet feststellen. Symptomatologisch verteilen sich die Fälle dieser Gruppe auf die affektiven Minderwertigkeiten der Deprimierten, auf die intellektuell minderwertigen Hypochonder und die charakterologisch minderwertigen Hysterien. — An diese erste Gruppe der neuropathischen Konstitution schließen sich die Gruppe der Blutdrüsenätiologie, der Migräne und ein Teil der vierten Gruppe, die chlorotischen Anämien, als pathologische Organkonstitutionen an. Die Blutdrüsenneurosen zeigen je nach der gestörten Drüsenfunktion auch symptomatologisch die divergentesten Bilder. In meinen Fällen hatte ich es vorwiegend mit Basedow und Basedowoid zu tun. Die Migränekonstitutionen habe ich gerade wegen ihres symptomatologisch streng umschriebenen Bildes als zweifellos vererbliche Konstitutionen in eine eigene ätiologische Gruppe gestellt, weil sie neben dem spezifisch hemikranischen auch ein ganz spezifisches psychopathologisches, von Möbius klar umgrenztes Krankheitsbild bietet. In der Gruppe der Neurosen durch Anämie finden wir neben den Ermüdungsneurosen der konstitutionellen Anämie, der Zahl nach weitaus überwiegend ein ganz bestimmtes Bild einer vasomotorischen Neurose, das ätiologisch durch chronische metrorrhagische Blutverluste, klinisch durch Blässe und Abmagerung, Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, vor allem aber durch erhöhte Affekterregbarkeit im Sinn eines über jeden Schmarrn Gekränktseins gekennzeichnet ist. Auch beruflich bietet die Erkrankung als die spezielle Neurose der weiblichen Dienstboten eine nosologische Einheit. In der fünften Gruppe glaubte ich in einer geringen Zahl meiner Fälle die Abmagerung an sich als Grund zur Neurose aufstellen zu können und ihr depressive, vasomotorische und Ermüdungsneurosen zuweisen zu müssen. Nach dem schweren und traurigen Aushungerungsexperiment, das der Krieg über unser ganzes Volk verhängte, glaube ich, daß die Abmagerung als Neurosenätiologie kaum in Betracht kommt, sicher nicht in der Richtung der Er-



regungs- und Verstimmungsneurosen, da wird man gewiß bei allem Qualvollen und Schrecklichen, das auf unser Volk in den letzten Jahren einwirkte, seine Ruhe und Gefaßtheit nur bewundern können. Nur eine bestimmte Art von Ermüdungsneurose durch Unterernährung scheint mir feststellbar, die sich im Einzelfalle im Mangel der Konzentrationsfähigkeit und einer enormen Erschöpfung des Gedächtnisses, namentlich des Namengedächtnisses, dokumentiert. Bevor ich zur Besprechung der sechsten und siebenten Gruppe der Neurosen durch Erkrankung des Gefäßsystems und der Neurosen durch Erkrankung der Verdauungsorgane übergehe, muß ich klarstellen, daß diese organisch bedingten Neurosen nicht mit den symptomatologisch auf diese Organe determinierten Neurosen verwechselt werden dürfen, also nicht mit den sogenannten Herzneurosen, Zwerchfellneurosen, nervösen Dyspepsien usw. identifiziert werden dürfen, in denen sich eine vielleicht aus ganz anderen Gründen entstandene Neurose in funktionellen Störungen dieser Organe auswirkt. Ich rechne in diese Gruppen nur die Neurosen, die aus der Erkrankung des Gefäßsystems und der Verdauungsorgane entstehen. Ich konnte dabei, sowohl bei diesen zwei großen vegetativ innervierten Organsystemen als auch bei der Gruppe der Blutdrüsen, ein wichtiges und für die Klärung der Neurosenfrage entscheidendes Gesetz feststellen, das Gesetz, daß es bei allen vegetativ innervierten Organen erstens einen Weg von der Organerkrankung zur Neurose und zweitens einen Weg von der Neurose zur Organerkrankung gibt. Daß also in einem Fall aus der hypertrophierenden und hypersezernierenden Schilddrüse das schwere allgemein neurotische Krankheitsbild des Basedow entstehen kann, daß aber ebenso an eine durch Schreck oder Überarbeitung bedingte Erregungspsychose sich erst nach Monaten Hyperthyroidismus und Schilddrüsenschwellung anschließen kann, daß im zweiten Fall sich aus der arteriosklerotischen Erkrankung ein hypochondrischer oder depressiver Symptomenkomplex oder aus der Angina pectoris bei Coronarschäden eine typische Angstneurose entwickeln kann, daß aber anderseits die vasomotorischen Störungen und Blutdruckschwankungen der Überarbeitungs- und Sexualneurosen in frühzeitige arteriosklerotische Veränderungen sich auswirken, ebenso wie die ursprünglich rein nervöse Pseudoangina pectoris der Angstneurosen schließlich in den tödlichen Coronarschäden enden kann. Und so sehen wir im dritten Fall an einem akuten infektiösen Darmkatarrh das Versagen der Darmmuskulatur zu chronischer Obstipation und daran im weiteren Verlauf erst eine schwere Hypochondrie sich anschließen und sehen im Gegenbeispiel eine reine Überarbeitungsneurose zu nervösen Sekretionsstörungen des Magens oder nervöser Konstipation führen. Es sei hier gleich vorweggenommen, daß von einem vierten vegetativ innervierten Organkomplex, dem Urogenitalsystem, dies Gesetz nicht so klar in Wirksamkeit scheint, weil die dem Sexualleben entspringenden Ätiologien der Neurose zum geringsten Teil durch die organischen Vorgänge, in der Hauptsache durch die seelischen Begleiterscheinungen der Erotik bedingt sind, daß aber wohl im Gegenbeispiel Neurosen ganz anderer Ätiologie ihre Übererregbarkeit in der Ejaculatio praecox, ihrer Ermüdungs- oder Angst-



hemmung in der Frigidität determinieren können. — Für die Ätiologie der Neurosen aus Gefäßerkrankungen ist die Ätiologie der Arteriosklerose an sich von besonderer Wichtigkeit, die neben der Überarbeitung und besonders der Überarbeitung unter Hitze und neben den Infektionsschäden, besonders der Lues und Malaria vor allem dem Nicotinismus zuzuweisen ist, der auf dem Umwege über die Arteriosklerose und meiner Überzeugung nach nur auf diesem Umweg auch Neurose erzeugend wirkt. Die symptomatische Einteilung dieser Gruppe zeigt eine große Zahl von hypochondrischen Fällen, die durch das dyspragische Insuffizienzerlebnis, besonders oft durch den hohen Blutdruck und das damit empfundene Gefahrsempfinden provoziert werden, eine Reihe von depressiven Fällen, bei denen klimakterische Momente mit in Frage kommen, und endlich eine Reihe von Angstneurosen bei Coronarerkrankungen, bei denen der Affekt rückläufig aus der Ausdrucksbewegung entsteht. Und die siebente Gruppe meiner somatischen Ätiologien, die Neurosen der Erkrankung der Verdauungsorgane, besteht trotz Dubois vollständig zu Recht und machte in der Vorkriegszeit einen Großteil der Neurosefälle aus, steht fast durchwegs auf der Basis der chronischen Obstipation und Enteroptose und bietet in den meisten Fällen das typische Bild schwerer Hypochondrie oder stark hypochondrisch gefärbter Ermüdungs- und Erregungsneurosen. Es ist interessant, daß seit dem Bestehen der cellulosereichen Kriegskost diese Gruppe der Neurosen kaum mehr zur Beobachtung kommt. Die achte Gruppe der Neurosen durch endogene und exogene Toxikosen betrachte ich nur als Anhängsel, da die Zahl meiner Beobachtungen für die Ätiologie zu gering ist. Ich möchte unter ihnen symptomatologisch die Angstneurosen der Alkoholiker, die Hypochondrie der Gichtiker, die der Migräne verwandte vasomotorische Neurose der Tuberkulose und die Ermüdungsneurose der Influenza besonders hervorheben. — In der zweiten Reihe meiner ätiologischen Gruppen, den psychiatrischen Ätiologien der Neurose, konnte ich das bunte Vielerlei des zur Neurose führenden seelischen Erlebnisses zwanglos in 8 Gruppen ordnen, in eine erste Gruppe des besonderen Verhältnisses zur Umwelt, in eine zweite Gruppe der Erziehungsfehler, in die drei großen Gruppen des Sexuallebens — Pubertät, Reife und Klimax —, in die sechste Gruppe der Überarbeitungsneurosen und in die zwei letzten Gruppen der Neurose durch abnorm starke Krankheitsvorstellung und der traumatischen Neurose. Ich kann wegen der Kürze der Zeit wieder nur die Leitsätze meiner Arbeit hier vorlegen und muß eine ausführliche Begründung der Einteilung und Motivierung durch typische Krankengeschichten meinem darüber erscheinenden Buche vorbehalten. Die erste Gruppe, die Ätiologie des besonderen Verhältnisses zur Umwelt, zugleich die Ätiologie des egozentrischen Wesens umfaßt drei anscheinend weit auseinanderliegende Untergruppen, erstens die Ätiologie des einzigen Kindes, zweitens die Ätiologie der Genialität und drittens die Ätiologie der verbesserten Lebensverhältnisse, die gemeinsam den Zug des egozentrischen Wesens aufweisen und symptomatologisch einheitlich das Bild der Hypochondrie bieten. Die zweite Gruppe der Neurosen durch Erziehungsfehler, wobei unter Erziehung die beabsichtigte Beeinflussung des heranwachsenden Menschen in intellektueller und sitt-

licher Beziehung verstanden wird, weist neben vereinzelten Ermüdungsneurosen und hypochondrischen Neurosen, die durch ungeschickte Überlastung entstehen, den typischen Symptomenkomplex der Angstneurose auf, die durch den Mißbrauch geheimnisvoller Droh- und Schreckmittel in der Erziehung entstehen, in einzelnen Fällen auf die erste Kinderstube, auf die Drohung mit Krampus und schwarzem Mann, in einer Mehrzahl der Fälle auf die Prüfungsangst, die Mißbräuche der Gymnasialerziehung zurückzuführen sind. In der dritten, vierten und fünften Reihe der Neurosen des Sexuallebens faßt die erste Gruppe (Nr. 3) die Neurosen zusammen, die der jugendlichen Sexualität und der sexuellen Not jeglichen Alters entspringen. Dieser Gruppe und der nächsten, den Neurosen der Ehe, ist es gemeinsam, daß die mit der sexuellen Erregung verbundene Einengung des Bewußtseins und die starke Affektverknüpfung und Affektbetonung aller dem Sexualleben gesellten Vorstellungen so leicht die Umwandlung berechtigter Furcht in vernünftig nicht mehr erfaßbare Angst oder berechtigter Bedenken in krankhafte Hypochondrien begünstigen. Wir sehen in den beiden Gruppen der sexualen Neurosen der Pubertät und der sexualen Neurosen der Liebesgemeinschaft symptomatisch die Angstneurose das Bild beherrschen, in den Pubertätsneurosen hauptsächlich aus dem Autoerotismus hervorgehend und daher vorwiegend männliche Kranke betreffend, in den Ätiologien der Ehe, teils aus dem Prohibitivverkehr, teils aus der Unbefriedigtheit des ehelichen Lebens entspringen, bei physischen und psychischen Differenzen. Der beherrschende Symptomenkomplex der Angstneurose tritt in einzelnen Fällen unter dem Einfluß anderer ätiologischen Momente gegenüber vasomotorischen, hypochondrischen und depressiven Symptomenkomplexen zurück. Die Gruppe 5 des Klimakteriums gehört durch den Hormonausfall gewiß zum Teil in die Blutdrüsenätiologie, doch scheinen mir auch da die psychischen Momente vorzuwiegen, da ja für die Frau das Sexualleben viel mehr Lebensinhalt ist als für den Mann. Der diese Gruppe beherrschende Symptomenkomplex ist der der Depression, für den sicher neben den seelischen Gründen auch die hypotonische Wirkung des Hormonausfalles mit in Betracht kommt. Die sechste große Gruppe der Neurosen durch Überarbeitung lehrt uns vor allem, daß nicht das Ausmaß geistiger Arbeit zur Neurose führt, sondern die Affektverknüpfung, der stets gesteigerte Reiz, mit dem das korrigierende Ermüdungsgefühl überwältigt wird und im Gegensatz zur Muskelarbeit überwältigt werden kann. Die Überarbeitungsneurose bietet daher auch in ihrer Berufszugehörigkeit ein interessantes Bild. Es gehören ihr ja fast ausschließlich geistige Arbeiter an, die unter großer Verantwortung und unter großer Hetze arbeiten, Börsenmenschen, Großindustrielle, Redakteure, Advokaten, zuweilen auch Beamte und leider auch Ärzte. Nicht die geistige Riesenarbeit eines Kant und eines Gauß führt zur Neurose, sondern die gehetzte, an sich gewiß simple Tätigkeit des Tagesreporters oder des Kassenbeamten. Das beherrschende Symptomenbild ist das der vasomotorischen Neurose, die vielerlei Übergänge zu reinen Ermüdungsneurosen und aus den vasomotorischen Störungen heraus zu Angstneurosen und Hypochondrien zeigt. Die siebente Gruppe der psychischen Ätiologie, die Neurose durch abnorm starke Krankheitsvorstellungen,

bietet symptomatologisch das Bild schwerer Hypochondrie, wie sie bei langer Krankenpflege, besonders in der eigenen Familie, beim Erlebnis aufregender Krankheiten in der Familie oder beim zuschauenden Erlebnis plötzlicher unerwarteter Todesfälle entsteht und andererseits während der ersten klinischen Semester der jungen Mediziner und bei jeder Erkrankung der Ärzte, durch medizinisches Halbwissen der Laien und endlich so oft durch überflüssige ärztliche Vieltätigkeit bei harmlosen Erkrankungen zur Beobachtung kommt. Die achte Gruppe endlich der traumatischen Neurose bietet ein lang bekanntes, wirklich ätiologisch und symptomatologisch eng umgrenztes Krankheitsbild, symptomatologisch durch Hypochondrie und Hysterie charakterisiert, ätiologisch ausschließlich als Begehrungsneurose zu werten, in der eben das Begehrungsmoment die normale, akute Schreckreaktion zur dauernden Neurose festhält und umschafft. Meine wenigen Fälle dieser Gruppe bestätigen nur diese längst feststehende Auffassung, die mittlerweile durch die Unzahl der Kriegsneurosen tausend- und tausendfach bewiesen wurde und durch die kriegsneurotischen Abhandlungen darüber nicht verwirrt werden kann. Wenn wir nun wieder an der Hand dieses rein empirisch gefundenen Schemas die ätiologisch geordneten Neurosen nach ihrer Symptomatologie beobachten und einordnen, so finden wir diese sechs führenden Symptome in den verschiedenen ätiologischen Reihen ganz verschieden stark vertreten, so daß wir aus dem Vorherrschen eines Symptoms auch bestimmte ätiologische Schlüsse ziehen können. Bei den Ermüdungsneurosen, in denen ein starkes Ermüdungsgefühl und eine gesteigerte Ermüdbarkeit, mangelnde Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisabnahme das Feld beherrschen, werden wir daran denken, daß abgesehen von gewissen Blutdrüsenätiologien (Nebenniere) und der Chlorose unter den somatischen Ätiologien noch die chronische Aushungerung, Enteroptose und das Influenzatoxin, unter den psychischen Ätiologien Überarbeitung in der Berufsarbeit und Überlastung in der Schule eine Rolle spielen. Bei der vasomotorischen Neurose, die durch Kongestionen, Kopfschmerz, Schwindel, Zittern, Herzklopfen, Pulsbeschleunigung, Arhythmien, Schlaflosigkeit und erhöhte Affekterregbarkeit gekennzeichnet ist, werden wir bei einem Teil schon durch das klinische Bild des Basedow auf die bestimmte Blutdrüsenätiologie hingewiesen, bei einem anderen Teil mit vorwiegend sympathicotonischen Erscheinungen an die Ätiologie der Migräne, der dysmenorrhoischen Anämie und der Tuberkulose, bei einem dritten mehr vagotonischen Symptomenkomplex an die typische Überarbeitungsneurose und an gewisse Neurosen durch Darmerkrankung und Gefäßerkrankung denken müssen. Beim Symptomenkomplex der Angst, dem natürlich auch alle Zwangsneurosen einzurechnen sind, werden wir zu allererst an die Sexualätiologie denken müssen, vor allem an die Schäden des im Coitus interruptus geübten Prohibitivverkehrs. In nächster Linie an die Erziehungsätiologie, sei es nun, daß es sich wirklich um ein kindliches Sexualtrauma oder um gewöhnliche Einschüchterungsangst oder endlich um die Gymnasialprüfungsangst handle, und werden dabei nicht vergessen, daß einmal auch die Alkoholätiologie oder der rückläufig aus der Herzbeklemmung der echten arteriosklerotischen Angina pectoris oder der



nervösen Pseudoangina entstehende Angsteffekt die Angstneurose auslösen kann. Der hypochondrische Symptomenkomplex des abnormen Krankheitsgefühls, der der Zahl nach in meinen Fällen weitaus vorwiegt, beherrscht vollständig das Krankheitsbild in den Neurosen durch Verdauungskrankheiten — weist ja schon sein Name darauf hin — und beherrscht ausschließlich das Bild in den ätiologischen Gruppen des egozentrischen Wesens und der abnorm lebhaften Krankheitsvorstellung und der traumatischen Neurose. Gewisse konstitutionelle Neurosen mit egozentrischem Wesen durch intellektuelle Minderwertigkeit, Neurosen der Gichtiker und der Arteriosklerotiker und ein Teil der Pubertätsneurosen reihen sich hier an. Der Symptomenkomplex der Depression mit trauriger Verstimmung, Unlustgefühlen, Selbstunterschätzung, Selbstanklagen und Lebensekel findet sich als führendes Symptom der klimakterischen Neurose und bei der konstitutionellen affektiven Minderwertigkeit. Die Hysterie als der Symptomenkomplex der autosuggerierten Krankheit und der Charakterdepravation findet sich bei gewissen Formen konstitutioneller Minderwertigkeit, bei gewissen Formen der Sexualneurose und bei den traumatischen Neurosen. Ich glaube damit den Beweis erbracht zu haben, daß auch in der Neurosenlehre die Synthese ätiologisch und symptomatisch umschriebener Krankheitsbilder möglich ist und daß man damit auch in der Neurose zu einer ätiologischen Diagnostik und zu einem wissenschaftlichen System gelangen kann.

System der Neurose.

Ätiologische und symptomatologische Ordnung in Prozenten.

	Führender Symptomenkomplex						Summe
	Ermüdung	Vasomotorische Erregung	Angst	Hypochondrie	Depression	Hysterie	
I. Somatische Ätiologie							
1. neuropathische Konstitution	0,2	—	—	**2,2**	**3,0**	**1,3**	6,7
2. der Blutdrüsen	**0,6**	**3,5**	0,1	0,1	0,1	—	4,4
3. der Migräne	0,3	**5,5**	—	0,1	0,1	0,1	6,1
4. der Anämie	**0,8**	**4,5**	—	0,3	0,1	—	5,7
5. der Abmagerung	**0,7**	**0,6**	—	0,3	**1,0**	—	2,6
6. des Gefäßsystemes	**0,6**	**1,9**	**1,0**	**2,5**	**1,5**	—	7,5
7. der Verdauungsorgane	**3,0**	**2,5**	0,1	**7,0**	**1,0**	—	13,6
8. der Toxikosen	**0,6**	**0,8**	**1,0**	**0,7**	0,2	0,1	3,4
II. Psychische Ätiologie							
1. des egozentrischen Wesens	—	—	—	**4,8**	0,3	0,1	5,2
2. der Erziehung	**0,9**	0,2	**1,7**	0,5	—	0,2	3,5
3. der Pubertät	0,2	**0,7**	**3,2**	**1,7**	0,7	**0,6**	7,1
4. der Ehe	0,1	**0,9**	**4,5**	**1,3**	0,3	**0,5**	7,6
5. der Klimax	—	**1,4**	0,5	**1,0**	**2,5**	—	5,4
6. der Überarbeitung	**2,6**	**4,5**	**1,2**	**1,8**	**1,2**	—	11,3
7. der abnorm starken Krankheitsvorstellung	0,1	0,2	0,2	**5,0**	0,1	0,2	5,8
8. des Trauma	—	0,1	**0,7**	**2,3**	0,1	**0,9**	4,1
Summe	10,7	27,3	14,2	31,6	12,2	4,0	100%

Autoreferat.



IX. Forensische Psychiatrie.

198. Siebert, Studien über die Kriminalität Geisteskranker. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 279. 1919/20.

In der psychiatrischen Abteilung zu Liebau haben die Einlieferungen von Geisteskranken, welche strafbare Handlungen begangen hatten, während des Krieges stark zugenommen. Als wesentliche Ursachen werden für die Mehrzahl die besonderen Umstände der Kriegsjahre, einerseits Beschränkungen, andererseits übergroße Freiheit, in Anspruch genommen.

Müller (Dösen).

199. Löwenstein, Über pathologische Furchtzustände und ihre strafrechtliche Bedeutung. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 309. 1919/20.

Ein weiterer Beitrag zu den in der Allgem. Zeitschr. f. Psych. **76**, 89; 1920 ausgeführten Gedankengängen. Es wird entwickelt, wie sich Reichsstrafgesetzbuch und Militärstrafrecht zu Furcht- und Feigheitsdelikten stellen, und dargelegt, daß pathologische Furchtzustände, d. h. Zustände, in denen der Ablauf des Furchtaffektes selbst nicht normal vor sich geht, wie z. B. die gegenstandslose Furcht des Melancholischen, gar nicht die Tatbestandsmerkmale der Feigheit erfüllen. Müller (Dösen).

200. Hübner und Löwenstein (Bonn), **Das krankhafte Motiv als Tatbestandsmerkmal.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Mit dem Urteile darüber, ob zur Zeit der Tat eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit, durch die die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, vorlag oder nicht, war bisher im allgemeinen die Tätigkeit des Psychiaters als Berater des Strafrichters erschöpft. Insbesondere die Frage, ob durch die dem Richter zur Aburteilung vorliegende Tat der Tatbestand eines Gesetzesparagraphen erfüllt ist oder nicht, scheidet aus dem Kreise der Fragen, die dem Psychiater zur Beantwortung vorgelegt werden, aus. Es wird gezeigt, daß diese Beschränkung keineswegs in den Satzungen des geltenden Rechtes begründet liegt, daß vielmehr die psychologische Natur gewisser strafrechtlicher Begriffe und die Forschung nach psychologischer Vertiefung unserer Auffassung des Verbrechens, wie sie bestimmte Rechtstheorien (Liszt, Mayer) vertreten, unmittelbar die Forderung nach pathopsychologischer Wertung der aus psychischen Grenzzuständen hervorgehenden strafbaren Handlungen in sich schließt. Auf der Grundlage dieser Überlegung wird gezeigt, daß überall da, wo bestimmte Gesinnungen zu den Tatbestandsmerkmalen gehören, wie z. B. in den Absichtsdelikten, die pathologischen Abartungen dieser Gesinnungen den Tatbestand der strafbaren Handlung ausschließen. Von dem gesunden Motiv, das bestimmt wird als „die Vorstellung eines Zweckes, sofern sie Antrieb zur Tat wird", ist das krankhafte Motiv dadurch unterschieden, daß in ihm die beharrliche Zweckvorstellung fehlt, daß in ihm der objektive Erfolg wahr oder weniger zufällig ist, weil der subjektive Erfolg der eigentlich gewollte ist. Der Hysteriker z. B. will auffallen. Bedient er sich dazu unerlaubter Mittel, etwa des Tragens einer ihm nicht zukommenden Uniform, so ist das eine

zufällige, im Grunde nicht von ihm gewollte Folge dieses subjektiv bestimmten Wunsches. An einer Anzahl von praktisch bereits verwirklichten Beispielen wird gezeigt, wie unter diesem Gesichtspunkt in vielen Fällen der Tatbestand so modifiziert wird, daß eine strafbare Handlung gar nicht mehr vorliegt. Wo auf der Grundlage eines psychischen Grenzzustandes in für diesen charakteristischer Form ein Zustand auftritt, für dessen Ablauf die kriminelle Handlung gleichsam nur symptomatisch ist, da ist diese Handlung ihrem Zwecke nach subjektiv bestimmt und nicht objektiv gerichtet, und damit fehlt ihr ein wesentliches Moment für die Erfüllung des Tatbestandes eines Deliktes. Zunächst in allen denjenigen Fällen, in denen „Absicht" als Tatbestandsmerkmal im Gesetze ausdrücklich benannt ist; darüber hinaus aber auch in allen denjenigen Fällen, in denen nach dem Sinne des Gesetzes neben dem Erfolge auch dem Motive eine wesentliche Bedeutung zukommt. In diesen Fällen aber kann ferner aus der Natur des pathologischen Motives heraus gezeigt werden, daß die durch den einheitlichen pathologischen Affekt gesetzten Antriebe zur Zeit der Tat, die im psychopathologischen Sinne als einheitlich anzusehen sind, auch juristisch die Annahme der Tateinheit rechtfertigen, trotz etwaiger Mehrheit der eingetretenen Erfolge. Die systematische Erfüllung der in diesen Sätzen enthaltenen Forderungen an die Rechtsprechung kann nur geschehen durch eine systematisch ausgebaute Rechtspathopsychologie, die eine Pathopsychologie des Motives sein muß.

Diskussion: Göring (Gießen) weist darauf hin, daß die Frage nach der freien Willensbestimmung nicht vom Psychiater, sondern vom Richter beantwortet werden müßte, daß aber die Richter fast stets die Psychiater danach fragen; er hofft infolgedessen, daß der Richter den Psychiater auch bei der Beurteilung der Motive mit der Zeit fragen wird, wenn er sieht, daß ihm die Beurteilung dadurch erleichtert wird. Eigenbericht (durch Göring).

X. Anstaltswesen. Statistik. Erblichkeitsforschung. Allgemeines.

● **201. Ebstein, Erich, Ärztebriefe aus vier Jahrhunderten.** Berlin 1920. Julius Springer. 204 S. Preis geh. M. 14,—, geb. M. 17,60.

Für das außerordentlich hübsche Buch wird jeder Arzt dem Verf. dankbar sein. Der Psychiater und Neurologe kennt Ebstein schon aus seiner historischen Studie über Fries und aus seiner Übersetzung von Bells „Idea of a new anatomy of the brain". 50 Briefe — von Paracelsus bis Ehrlich — hat E. hier mühsam zusammengetragen und feinsinnig ausgewählt. Wir vernehmen das lebendig gebliebene Wort von Pinel, Gall, Reil, Bell, von Purkinje und von Griesinger. Aber wir müßten die Namen all der Ärzte aufführen: Vesal, Harvey, Haller, Jenner, Hufeland, Schönlein, Johannes Müller, Albrecht von Graefe und der anderen, deren Briefe wir in diesem Buche lesen und deren Lebenshauch wir spüren. Sp.

202. Bauer, Julius, Der jetzige Stand der Lehre von der Konstitution. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 402.

Sehr bemerkenswerter Überblick, der im Original nachgelesen werden



muß. Die Bedeutung des Konstitutionsproblems wird von dem berufenen Autor in das entsprechende Licht gerückt. Eugen Kahn.

203. Haškovec, L., Über das Gesetz betr. die Eheschließung. Časopis českých lékařův **59**, 109. 1920. (Tschechisch.)

Zusammenfassende Darstellung der Gründe für das Akzeptieren eines Gesetzes, das vor dem Eheschließen die ärztliche Untersuchung der Ehekandidaten vorschreibt und taxativ feststellt, welche Krankheiten in welchem Grade das absolute oder relative (zeitweilige) Ehehindernis bilden sollen. Autor, der Initiator dieses Gesetzentwurfes, polemisiert gegen das Ergebnis der Diskussion in der Gesellschaft tschech. Ärzte zu Prag, die mit Rücksicht auf ungenügende diagnostische und namentlich prognostische Kautelen, und auf die noch so unvollständig bekannten Gesetze der Vererbung sich dagegen aussprach, daß man den Ärzten so eine große Verantwortlichkeit auflegen möchte. Jar. Stuchlík (Košice).

204. Lenz, F., Die Bedeutung der statistisch ermittelten Belastung mit Blutsverwandtschaft der Eltern. Münch. med. Wochenschr. **66**, 1340. 1919.

Der Prozentsatz der Verwandtenehen, welcher sich bei den Eltern der Träger gewisser Leiden findet, ist abhängig von der allgemeinen Häufigkeit, mit der die erblichen Anlagen für die betreffenden Leiden in der Bevölkerung verbreitet sind. Diese Beziehung ist zahlenmäßig faßbar. Ein Vergleich mit den tatsächlichen Zahlen bei Idiotie, Taubstummheit, Pigmentatrophie der Retina und Dementia praecox zeigt, daß wenigstens der Größenklasse nach eine Übereinstimmung besteht. R. Hirschfeld.

205. Růžička, V., Eugenik und Diagnostik. Časopis českých lékařův **59**, 22. 1920. (Tschechisch.)

Autor beschäftigt sich mit der Frage des einwandfreien Feststellens solcher Krankheiten, die eugenisch in Betracht kommen, das ist solcher, von welchen wir voraussetzen, daß sie einen schädigenden Einfluß haben auf die Gesundheit nachfolgender Generationen. Außer präziser individueller Diagnostik muß der Arzt auch die Errungenschaften der Hereditätslehre, der Statistik und der Genealogieforschung kennen. Deshalb wäre im öffentlichen Interesse das Einführen von Gesundheitsmatrikeln, deren Material dann eine staatliche Anstalt für Nationaleugenik bearbeiten sollte. Mit Rücksicht auf das geplante Gesetz über die ärztlichen Untersuchungen vor dem Eheschließen bekommt das Problem den Stempel des Aktuellen. Die weitgehende Berücksichtigung der Geisteskrankheiten gerade für diesbezügliche Fragen ist ja selbstverständlich. Jar. Stuchlík (Košice).

206. Heveroch, A., Versuch einer neuen Auffassung einiger Gesamterkrankungen des Organismus. Časopis českých lékařův **59**, 189. 1920. (Tschechisch.)

Die mosaikartige Pathologie von Erkrankungen einzelner Organe, die ja vorwiegend dem gegenwärtigen Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht, reicht nicht bei bekannten Gesamterkrankungen des Organismus aus, um sowohl das klinische Bild als auch das pathologische zu erklären. Verf. nimmt also einen zentralen, regierenden Faktor an, die Entelecheia,



der alle Prozesse dirigiert und allen in verschiedenen Organen lokalisierten Vorgängen das Gepräge der Einheitlichkeit verleiht. Dieser Faktor für die organische, somatische Tätigkeit ist dem Ichtum analog, dem vom Verf. früher aufgestellten Begriffe (siehe diesbezügliche Referate in dieser Zeitschrift), dem regierenden psychischen zentralen Faktor. — Ebenso wie wir die Erkrankungen des Ichtums kennen, so werden wir auch in die Lage kommen, die Erkrankungen der Entelecheia zu diagnostizieren.

Jar. Stuchlík (Košice).

207. Pfister, M., Zur Frage der Leibesübungen. Münch. med. Wochenschr. **66**, 1472. 1919.

Pfister schlägt vor, die Erziehung der Jugend zu körperlicher Tüchtigkeit ganz in die Hände der Schulen zu legen. Neben Turnen und Leichtathletik als Haupterziehungsmittel das Rugbyfußballspiel und evtl. Kricket in den Schulplan einzuführen; dieser muß zugunsten der Leibesübungen wesentlich verändert werden. Durch geeignete Lehrer, Einrichtung von Spielplätzen, Abhalten von Wettspielen, Aufstellen von Ehrenschildern mit Namen der Sieger, Verteilen von Preisen usw. ist die sportliche Erziehung in der Schule zu fördern. Durch reges Interesse und großzügige Einrichtungen für Körperkultur von seiten der Universitäten und Gemeinden ist der in der Schule erworbene sportliche Geist bei dem jungen Mann weiter zu pflegen und wachzuhalten. R. Hirschfeld (Charlottenburg).

● **208. Sack, A., Die geistigen Typen der Juden und die Revolutionsbewegung.** Wolff, Heidelberg 1920. 34 S. Pr. 1,80 M.

Mit warmer, innerer Parteinahme für die eigene Rasse, aber mit sachlichem Anstand und dem Streben nach historischer Objektivität behandelt der Verf. das Für und Wider der modernen Judenfrage. Die Schilderung des jahrtausendelangen Entwicklungsganges der jüdischen Volksgemeinschaft streift öfters rassenbiologische Fragen und erhebt sich in kurzen Skizzen der jüdischen Führertypen zu psychologischer Porträtschärfe. Die kleine Broschüre ist für solche, die wichtige Tagesfragen gern ohne parteimäßige Verengerung unter etwas weiterem Horizont betrachten, anregend zu lesen. Kretschmer (Tübingen).

209. Obersteiner, Grundzüge einer Geschichte des Vereins für Psychiatrie und Neurologie im Wien in den ersten 50 Jahren seines Bestehens (1868—1918). Jahrb. f. Psych. **39**, 1. 1919.

Der Bericht gibt außer der Vereinsgeschichte auch Einblick in die Entwicklung der Psychiatrie und Neurologie überhaupt in Österreich, besonders in Wien. K. Löwenstein (Berlin).

210. Berze, Die Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten. Jahrb. f. Psych. **39**, 47. 1919.

Verf. bespricht die Erfahrungen, die in Österreich in dem ersten Jahre nach Inkrafttreten der Entmündigungsordnung an den Irrenanstalten gemacht sind. Erforderlich erscheint eine Revision, wonach die öffentlichen und privaten Anstalten nicht nach prinzipiell gleichem System zu behandeln sind. Für die Privatanstalten ist das Verfahren im Sinne voller Berück-



sichtigung der psychiatrischen Grundsätze umzugestalten, für die öffentlichen Anstalten aber in dem Sinne, daß man nicht nur den juristischen, sondern auch den psychiatrischen Forderungen, aber auch dem Anspruch der Anstaltsärzte auf Vertrauen in ihr Verantwortlichkeitsgefühl als staatliche Beamte gerecht wird. Im besonderen habe sich die Notwendigkeit der Abhilfe von Mißständen bei folgenden Punkten ergeben: Das gerichtliche Verfahren über Zulässigkeit der Anstaltspflege ist zu beschleunigen, nur zureichend psychiatrisch gebildete Ärzte sind als Sachverständige zu bestellen, wenn die Anstaltsanhaltung für unzulässig erklärt werden soll, sind zwei Ärzte als Sachverständige heranzuziehen, die Gutachten der Anstaltsärzte sind als gleichwertig anzusehen, die Krankengeschichten auch dem Kranken gegenüber als diskret zu behandeln, es ist beim Beschluß nicht die Notwendigkeit, sondern nur die der Zulässigkeit der Anhaltung zu entscheiden, bei dauernder Anstaltsnotwendigkeit ist die Entmündigung einzuleiten, und zwar in allen entsprechenden Fällen von vornherein die beschränkte Entmündigung, bei geistesgesund erklärten Alkoholikern ist die Entmündigung wegen Trunksucht in Erwägung zu ziehen, dem Anstaltsleiter ist das Recht zu geben, den Beschluß über die Behaltung in der Anstalt bei zu erwartender schädlicher Einwirkung nicht dem Kranken zustellen zu lassen, die Anstalt ist über Entmündigungs- usw. Entscheidungen sofort zu benachrichtigen, alle vermeidbaren Eingriffe in die Wirkungssphäre der Anstaltsleitung sind zu unterlassen. K. Löwenstein (Berlin).

211. Kaufmann-Wolf, M., und E. Abrahamsohn, Über Mortalität und Morbidität infizierter und nicht infizierter Nachkommen von Syphilitikern. Zeitschr. f. klin. Med. **89**, 274. 1920.

Die tabitischen, bzw. paralytischen Frauen haben, soweit sie nicht steril sind, ihre Erkrankung ausnahmslos auf ihre Kinder übertragen. Be Ehen, an denen eins der Kinder an juveniler Tabes litt, ergab sich eine Mortalität von 64%. Die Sterblichkeit der Nachkommen von Paralytikern dürfte besonders im Fall der Infektion der Frau mindestens 70% betragen.

K. Löwenstein (Berlin).

212. Werner, Krieg und Krankenbestand. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 313. 1919/20.

Abnahme des Krankenbestandes der Anstalt Bedburg-Hau durch erhöhte Sterblichkeit infolge von Unterernährung, Ödemkrankheit u. a.; im November 1918 hat eine Grippeepidemie viele Opfer gekostet. Bis Ende 1916 wurde durch die wegen ungünstiger Familienverhältnisse vermehrten Aufnahmen der Krankenbestand hochgehalten. Müller.

● **213. Sommer, G., Geistige Veranlagung und Vererbung.** Aus Natur- und Geisteswelt. Teubner. 1919, S. 122.

In 2. Auflage liegt dies kleine Büchlein vor uns, das in außerordentlich anregender, dabei gemeinverständlicher Weise eine Fülle von interessanten Tatsachen und wichtigen Problemen der geistigen Veranlagung und ihrer Vererbung entrollt. Es bildet nicht nur für den Laien, sondern in mancher Hinsicht auch für den Psychiater eine recht wertvolle Studie.

Hoffmann (Tübingen).



214. Römer, Zur gewerkschaftlichen Organisation der beamteten Irrenärzte Deutschlands. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 261. 1919/20.

Nach einer Schilderung der Tätigkeit des badischen Standesvereins werden die Aufgaben eines Reichsverbandes der beamteten Irrenärzte dargelegt: Beamtenrecht, Irrenrecht, Richtlinien für Fortschritte im Anstaltswesen. Müller (Dösen).

215. Baumann, Zur Organisation der beamteten Irrenärzte. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 277. 1919/20.

Nähere Angaben über die Einrichtung einer Sammel- und Auskunftsstelle über Standesfragen, die mit der Geschäftsstelle des Reichsverbandes zu verbinden wäre. Müller (Dösen).

216. Bratz, Nervenabteilungen an den öffentlichen Irrenanstalten. Neurol. Centralbl. **39**, 221. 1920.

Verf. tritt dafür ein, an die öffentlichen Irrenanstalten offene Nervenabteilungen zur Behandlung Nervöser anzugliedern, einmal zur Ausnutzung der freien Plätze, dann um die Irrenanstalten von dem Makel zu befreien, der ihnen in der Öffentlichkeit anhaftet. (Diese Wirkung scheint zum mindesten zweifelhaft. Ref.) Ferner hätte nach Bratz diese Einrichtung den Vorteil, daß die künftige Irrengesetzgebung auf die offenen Abteilungen förmlich Bezug nehmen könnte. Krambach (Berlin).

217. Falkenberg, Karl Moeli. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 295. 1919/20.

Ein Nachruf mit eingehender Würdigung des Wirkens des Verstorbenen. Müller (Dösen).

218. Pilcz, Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 157. 1919/20.

An dem vielsprachigen Materiale eines Wiener Garnisonhospitals wird für die einzelnen Formen der seelischen Erkrankungen die prozentuale Beteiligung der verschiedenen Völkerschaften besprochen. Danach neigen manche Nationen zu bestimmten Psychosen oder Symptomen, durchweg in ähnlicher Weise, wie es schon in der Monographie des Verf. angegeben ist. Müller (Dösen).

● **219. Vortisch, Die Nervosität als Störung zwischen Seele und Geist und ihre Überwindung.** Hamburg, Agentur des Rauhen Hauses. 78 S. Preis M. 3,75.

Evangelisch positives, einfältiges Traktat. Es wäre harmlos, durch seine Ratschläge zur Selbsterziehung sogar ganz nützlich, wenn nicht unter anderem wieder die „bösen Folgen“ der Onanie aufgeführt würden. Kurt Schneider (Köln a. Rh.).

● **220. Krebsbüchlein für angehende praktische Ärzte.** Warschau 1823. Neudruck 1920. „Die Verbindung“. Berlin-Zürich. 69 S. Preis Fr. 5,– .

Ärztlicher Biedermeierhumor. Kronfeld (Berlin).

221. Homburger, A., August Knoblauch. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 124. 1920.

Nachruf.



XI. Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München.

Kraepelin berichtet über eine von Fleck durchgeführte Arbeit [1]), die den Zweck hatte, die **Tagesschwankungen bei manisch-depressiven Kranken** genauer zu verfolgen. Es wurden bei 12 Kranken, darunter 11 Melancholischen und 1 Manischem, sowie bei 3 Gesunden am Morgen und gegen Abend Messungen der Auffassungsfähigkeit, des Rechnens, der Kraftleistung, der Wahlzeiten und der Assoziationen vorgenommen. Die Zahl der Versuchstage betrug bei den einzelnen Versuchspersonen 5—10. Die Unterschiede der Leistungen zwischen den Versuchspersonen waren sehr bedeutende. Durch ein besonderes Verfahren konnte ein Maß für die Ähnlichkeit der Reihen gewonnen werden, in die sich die Versuchspersonen nach der Höhe ihrer Leistung bei den einzelnen Arbeiten einordnen lassen; auf diese Weise konnte festgestellt werden, wie weit die Höhe der Leistung bei den einzelnen Arbeiten der Versuchsperson das gleiche Verhalten zeigte. Dabei stellte sich heraus, daß Auffassung, Rechnen, Wahlzeit und Assoziationen ungefähr dieselbe Reihenfolge der Versuchspersonen lieferten, während die Kraftleistungen davon wesentlich abwichen. Die Kraft nimmt somit gegenüber den übrigen Leistungen eine gewisse Ausnahmestellung ein, was wegen der hier in den Vordergrund tretenden Muskelarbeit begreiflich erscheint. Die Streuung der Werte im einzelnen Versuche, die bei den Wahl- und Assoziationsversuchen festgestellt werden konnte, wächst mit der Länge der Zeiten, anscheinend deswegen, weil das Verhalten der Aufmerksamkeit beide Größen in gleichem Sinne beeinflußt. Dagegen scheint die Streuung bei den Wahlzeiten und bei den Assoziationen einander nicht zu entsprechen.

Die Schwankungen der Leistung von einem Tage zum anderen wachsen im allgemeinen mit der Höhe der erhaltenen Werte. Die Größe dieser Schwankungen ist aber bei den einzelnen Arbeiten voneinander ziemlich unabhängig; nur bei den Wahlzeiten und Assoziationen einerseits und merkwürdigerweise bei Auffassung und Kraftleistung andererseits scheint eine etwas engere Beziehung zu bestehen. Der durchschnittliche tägliche Übungsfortschritt ist im allgemeinen geringer bei niedrigen Leistungen, weil starke Übungswirkungen ja den Arbeitserfolg steigern. Dieser Zusammenhang ist jedoch nur ein lockerer; er wird vielfach durch andere Einflüsse, namentlich durch allgemeine seelische Zustandsänderungen, verwischt, bei den Kraftprüfungen auch durch die Muskelermüdung, die bei hohen Leistungen den Fortschritt eindämmt. Auffallenderweise hat sich der Übungsfortschritt bei der Auffassung ganz unabhängig von demjenigen bei den übrigen Arbeiten erwiesen; in beschränkterem Maße trifft das für die Kraftprüfungen zu.

Die Antriebswirkungen, gemessen an dem anfänglichen Sinken der Leistung, konnten nur beim Rechnen und bei den Kraftprüfungen verfolgt werden. Bei ersteren gingen Häufigkeit und Größe des Antriebs einander parallel. Bei geringer Leistung fehlte der Antrieb häufig, wohl deswegen, weil beide Erscheinungen durch niedrige Willensspannung bedingt werden.

[1]) Ausführliche Mitteilung in Kraepelin, Psychologische Arbeiten VII, 2.



Bei den Kraftprüfungen entsprach hoher Leistung regelmäßig starker Antrieb. Der Wiederanstieg der Leistung pflegte sich beim Rechnen nach hoher Anfangsleistung rasch, nach geringer langsam zu vollziehen, während er bei der Kraftprüfung durch die starke Muskelermüdung auch dann verzögert werden konnte, wenn starke Willensspannung eine hohe Anfangsleistung bedingt hatte.

Ein Vergleich der Gesunden mit den Kranken ergab, daß bei einer Zusammenfassung aller Arbeiten die Melancholischen mit einer Ausnahme ungünstigere Ergebnisse geliefert hatten, als die Gesunden, während der manische Kranke sich diesen einordnete. Allerdings war die Verschlechterung der Leistung ungleichmäßig. Nur bei der Auffassung lieferten alle Melancholischen geringere Werte als die Gesunden, beim Rechnen und bei den Wahlversuchen sowie bei den Assoziationen ganz überwiegend, bei den Kraftleistungen nur zur Hälfte. Der manische Kranke bot bei den Assoziationen sehr kurze Zeiten, aber zahlreiche Fehler und sehr viele sprachlich-motorische und Klangassoziationen dar. Die Streuung der Werte war bei den Melancholischen allgemein sehr groß. Dagegen zeigte der manische Kranke bei den Wahlzeiten zwar die größte, bei den Assoziationen aber die geringste Streuung, entsprechend der hier vorgebildeten, dort künstlich hergestellten Verbindung von Reiz und Reaktion. Die Schwankungen von Tag zu Tag waren bei den Auffassungsversuchen der Melancholischen geringer als bei den Gesunden; es bestand also eine dauernd gleichmäßige Erschwerung der Leistung. Bei den Wahlzeiten boten dagegen die Melancholischen größere Schwankungen dar, während ihre übrigen Leistungen nicht wesentlich ungleichmäßiger waren, als diejenigen der Gesunden.

Auch der tägliche Übungsfortschritt zeigte keine gleichartige Veränderung durch die Krankheit. Nur bei den Auffassungsversuchen der Melancholischen war er geringer als bei den Gesunden; sonst fand sich wechselndes Verhalten. Vorzeitiges Ermüden zeigte sich besonders bei den Kraftprüfungen der Melancholischen. Die Antriebswirkungen waren beim Rechnen der Melancholischen geringer und seltener als bei den Gesunden. Häufig fehlte der Antrieb ganz; dann aber fanden sich gelegentlich auch wieder starke Antriebswirkungen, vielleicht aus dem Gefühle der geringen Leistungsfähigkeit heraus.

Ein Vergleich der Leistungen von Vormittag und Abend ergab bei den Melancholischen im allgemeinen eine Verbesserung des Rechnens, der Auffassung und der Kraftleistungen im Laufe des Tages; die Streuung der Wahlzeiten nahm ab. Die Schwankungen von Tag zu Tag waren abends bei den Melancholischen geringer, besonders bei den Auffassungs- und Wahlversuchen. Der Übungsfortschritt schien bei Assoziationen und Kraftleistungen der Melancholischen abends größer zu sein, als bei den Gesunden. Die Antriebswirkungen waren abends beim Rechnen der Melancholischen vielleicht etwas ausgesprochener.

So widerspruchsvoll und verwickelt auch diese Ergebnisse sind, so lassen sich aus ihnen doch gewisse Grundzüge herauslesen. Vielleicht können wir dabei von der Erfahrung ausgehen, daß die am Morgen, besonders auf dem Gebiete der Wahlzeiten bestehenden Schwankungen sich bei den



Melancholischen nachmittags einigermaßen wieder ausgleichen, daß sich also im Laufe des Tages eine Annäherung an das Verhalten der Gesunden zu vollziehen scheint. In gleichem Sinne läßt sich die Tatsache deuten, daß bei den Kranken gegenüber den Gesunden am Morgen das Rechnen, die Wahl, die Assoziationen und die Auffassung erschwert, die Kraftleistungen herabgesetzt waren, während die Streuung der Werte vergrößert, die Willensspannung im allgemeinen vermindert war. Von diesen Störungen glich sich im Laufe des Tages namentlich die Erschwerung des Rechnens, weniger diejenige der Auffassung aus; die Kraft und die Höhe der Willensspannung nahm zu; die Werte wurden gleichmäßiger. Diese Besserung der Leistung entspricht ungefähr der Erfahrung am Krankenbette. Daß sich Wahl- und Assoziationszeiten weniger häufig verkürzten als bei den Gesunden, könnte in der Verschiedenheit der Lebensführung begründet sein. Man darf wohl annehmen, daß die Erleichterung des Denkens und Wollens bei den Gesunden wesentlich durch die geistige und körperliche Betätigung im Laufe des Tages bedingt war, während die regelmäßig bettlägerigen, ruhenden und wortkargen, mit sich beschäftigten Kranken diesem Einflusse nicht unterlagen. Andererseits machte sich bei ihnen auch nicht die Tagesermüdung in der Weise geltend, wie sie in der Erschwerung der Auffassung und des Rechnens, vielleicht auch in einer Abnahme der Kraft, bei den Gesunden zu erkennen war.

Die am Morgen bei den Melancholischen bestehenden Erschwerungen könnte man zunächst etwa geneigt sein, auf die Nachwirkung von Schlafmitteln zurückzuführen. Eine eingehende Prüfung hat jedoch ergeben, daß diese Erklärung nicht richtig sein kann, da sich gar keine regelmäßigen Beziehungen der Versuchsergebnisse zu den hier und da genommenen Schlafmitteln haben auffinden lassen. Dennoch wird man vielleicht dem Verhalten des Schlafes eine gewisse Bedeutung für den schlechten Ausfall der Morgenleistungen zuschreiben dürfen. Wenn man annimmt, daß die Erneuerung der durch die Tagesarbeit verbrauchten Gewebsbestandteile vorzugsweise im Tiefschlafe stattfindet, so wird es nach Erreichung der größten Schlaftiefe wohl immer einer längeren Zeit bedürfen, bis es zu einem Ausgleiche der durch den Ersatz entstehenden inneren Reibungen gekommen ist. Dafür spricht wenigstens die Erfahrung, daß nach raschem, tiefem Einschlafen die viele Stunden später einsetzende Morgenarbeit glatt und hemmungslos vonstatten zu gehen pflegt, während nach spät erreichter größter Schlaftiefe sich das Gefühl der Erschwerung am Morgen erst allmählich zu verlieren pflegt. Da Schlafstörungen, namentlich auch verzögertes Einschlafen, zu den häufigsten Begleiterscheinungen der Melancholie gehören, liegt die Annahme nahe, in dem dadurch, vielleicht auch noch durch andersartige Begleiterscheinungen des Leidens, verlangsamten Ausgleiche der durch Erneuerungsvorgänge bedingten inneren Reibungen die wesentliche Ursache der am Morgen hervortretenden, sich im Laufe des Tages allmählich verlierenden seelischen Behinderungen zu suchen. Natürlich handelt es sich nicht um unverständliche Beziehungen zwischen gutem oder schlechtem Schlafe und dem Befinden am Morgen, was auch der Erfahrung widersprechen würde. Vielmehr sollte man nach dieser Auffassung



erwarten, daß für das seelische Verhalten bei Tagesbeginn vor allem die Tiefe des Schlafes in den letzten Stunden vor dem Erwachen von Bedeutung wäre. Große Schlaftiefe in dieser Zeit würde Erschwerung der Morgenarbeit bedingen, während diese selbst nach einer recht schlechten Nacht verhältnismäßig gut ausfallen könnte, wenn ihr mehrere Stunden Schlaflosigkeit oder flachen Schlafes vorausgegangen wären.

Leider wissen wir über das Verhalten der Schlafkurve bei Melancholischen zur Zeit noch gar nichts, so daß eine befriedigende Nachprüfung dieser Annahmen nicht möglich ist. Immerhin scheint im allgemeinen die Erreichung der größten Schlaftiefe bei ihnen verzögert zu sein, so daß gegen Morgen noch starke Schläfrigkeit besteht. Freilich gibt es auch Ausnahmen, aber auch das seelische Verhalten der Kranken zeigt gelegentlich eine Umkehr in dem Sinne, daß sie morgens frischer sind, als abends unter dem Einflusse der Tagesermüdung. Es wird zu prüfen sein, ob hier vielleicht Zusammenhänge bestehen. Jedenfalls haben wir gewisse Fragestellungen gewonnen, deren weitere Verfolgung uns ein tieferes Eindringen in die Beziehungen zwischen dem Verhalten des Schlafes und der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit bei unseren Kranken verspricht. Außerdem hat sich gezeigt, daß die ausgeführten Untersuchungen trotz ihrer bedauerlichen Unvollkommenheiten die Möglichkeit genauer Messungen gewähren. Es wird nur darauf ankommen, sie planmäßig fortzusetzen und sie auf andere, verwandte Krankheitszustände auszudehnen.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Band XXIII. Referate und Ergebnisse. Heft 3.

I. Anatomie und Histologie.

222. Spielmeyer, W., Die histopathologische Zusammengehörigkeit der Wilsonschen Krankheit und der Pseudosklerose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **57**, 312. 1920.

In einer durch Klarheit und Reichhaltigkeit ihres Inhalts in gleicher Weise ausgezeichneten Abhandlung berichtet Spielmeyer über die Ergebnisse seiner histopathologischen Untersuchungen an nicht weniger als 6 Fällen von Wilsonscher Krankheit bzw. Pseudosklerose. Zwei von diesen Fällen stammen aus der Münchener psychiatrischen Klinik. Seit der grundlegenden Abhandlung von Alzheimer ist nichts publiziert worden, was uns der Kenntnis dieser in vielen Punkten noch so dunklen Krankheitsform näherbringt als die vorliegende Studie. Der Autor erörtert zunächst die Frage, welche Beziehungen zwischen der Wilsonschen Lentikulardegeneration und der Pseudosklerose bestehen, und kommt auf Grund seiner Befunde im Bereich der basalen Ganglien und in miterkrankten anderen Gehirnteilen zu dem Schluß, daß wirklich trennende histopathologische Momente zwischen beiden Erkrankungen nicht bestehen. Es handelt sich vielmehr um ein und denselben Krankheitsprozeß, der in etwas variabler Form auftritt, indem bald die Degeneration im Linsenkern, bald die bekannten Veränderungen am gliösen Apparat mehr hervortreten. Wie Alzheimer nachgewiesen hat, kommt es an der Glia in den verschiedensten Hirnteilen zur Bildung riesiger und häufig gelappter Kerne, welche S. als Alzheimersche Kerne bezeichnet. Das Mischungsverhältnis von Degeneration und dieser Veränderung an den Gliakernen scheint von Fall zu Fall bzw. von Familiengruppe zu Familiengruppe zu schwanken. — Von Wichtigkeit ist der Nachweis, daß auch die Wilsonsche Krankheit, d. h. der sich anatomisch vorwiegend als Lentikulardegeneration manifestierende Prozeß, nicht so eng lokalisiert ist, wie vielfach angenommen wird. S. fand in einem besonders typischen Fall von Linsenkernerweichung sehr ausgebreitete Veränderungen in der Hirnrinde, bei denen sich mit degenerativen Vorgängen in den Rindenzellen Umwandlungen an den Gliazellen verbanden, wie sie Alzheimer bei der Pseudosklerose beschrieben hat. Außerdem war auch häufig der Nucleus dentatus, den Hösslin-Alzheimer in ihrem Fall als Hauptsitz der Erkrankung angesprochen hatten, schwer betroffen. Bei einer der untersuchten Lentikulardegenerationen war dieser Kern in ein grobbalkiges, maschiges Gewebe umgewandelt. Diese Feststellung ist deswegen von besonderer Bedeutung, weil sich die Veränderungen hier ganz wie im Linsenkern verhalten. Das gilt auch von den feineren histologischen Eigentümlichkeiten; denn genau so wie in den meisten der erkrankten Linsenkerne war auch hier eine geradezu überraschende Proliferation von Bindegewebsfasern von den Gefäßwänden her erfolgt. An einem seiner Fälle weist S. auf die Schwierigkeit hin, welche



die histopathologische Klassifikation der striären Krankheitsformen bieten kann. Besonders bei alten Fällen, wo sich die anatomischen Veränderungen im wesentlichen unter dem Bild der gliösen Sklerose präsentieren, wird die Frage, ob er in die Gruppe der Pseudosklerose gehört, schwer zu beantworten sein. Der Referent möchte hinzufügen, daß die Schwierigkeit dadurch noch gesteigert wird, daß fließende Übergänge zu den Befunden bestehen, welche die chronische Chorea aufweist. — S. sagt mit Recht, daß wir das Wesen der Wilsonschen Krankheit bzw. der Pseudosklerose nicht kennen, daß wir nicht wissen, was an den Veränderungen wesentlich und was unwesentlich ist. Das pathologische Ensemble ist jedenfalls ein recht wechselvolles. Erscheinungen, welche in dem einen Fall im Vordergrunde des histopathologischen Bildes stehen, können bei anderen stark zurücktreten. — Am Ende seiner Betrachtungen weist S. auf einzelne histopathologische Beobachtungen hin, welche von allgemein pathologischer Bedeutung sind. Hierhin gehören zunächst die Erweichungsphänomene im Linsenkern. S. führt sie in Übereinstimmung mit andern Autoren auf schwere degenerative Umwandlungen zurück. Die Eigenart des Defektes ist auf der einen Seite bedingt durch den stürmischen Untergang beträchtlicher nervöser Gewebsmassen, auf der andern Seite durch das eigenartige Verhalten der Neuroglia, welche in diesem normaliter fast faserfreien Gebiete eine nach der Seite des Ersatzes nur sehr geringe Proliferationspotenz besitzt. Ob große Spalten oder nur kleine Cysten oder auch nur Zerklüftungen des Gewebes zustande kommen, hängt vorwiegend von dem Tempo und der Extensität des Prozesses ab. Es bestehen hier weitgehende Analogien zum spongiösen Rindenschwund. Auch für die Deutung der Alzheimerschen Gliazellen, deren pathologische Beurteilung große Schwierigkeiten bietet, bringt S. neue Gesichtspunkte bei. Es kennzeichnet das tiefe Wissen des Autors und seinen kritischen Sinn, wenn er am Schlusse seiner Ausführungen hervorhebt, daß wir bei diesen Krankheitsbildern noch vor manchem Rätsel stehen, und daß späteren Untersuchern noch mancherlei zu tun übrigbleibt. Durch seine scharfe Kennzeichnung der Probleme, welche noch der Lösung harren, ist aber der künftigen Forschung der Weg schon geebnet. Max Bielschowsky (Berlin).

223. Spatz, Hugo, Über degenerative und reparatorische Vorgänge nach experimentellen Verletzungen des Rückenmarkes. Vorläufige Mitteilung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 327. 1920.

Verf. veröffentlicht in einer vorläufigen Mitteilung knapp und klar einige neue Einzelheiten aus den Befunden, die er bei seinen Rückenmarksdurchschneidungen bei Kaninchen (vor und nach der Markreife) erhoben hat. Die Folge des Eingriffs beim ausgewachsenen Tier sind nach ihm degenerative (alterative), reparatorische und (von seiten des Nervenparenchyms) regenerative Vorgänge. Es werden die beiden erstgenannten geschildert. Die degenerativen Veränderungen äußern sich cellulipetal, also beim motorischen Neuron am proximalen Stumpf, als retrograde (traumatische), cellulifugal, also am distalen Stumpf, als sekundäre (absteigende, Wallersche) Degeneration. Die retrograde Degeneration ist die Fortleitung derjenigen Degenerationsform, die wir als traumatische an der



Durchschneidungsstelle selbst sehen. „Es ist ein und derselbe Vorgang, welcher an der Wundstelle beginnt und sich bis in die Gegend der Ursprungszelle erstreckt.“ Verf. folgt hier hauptsächlich Cajals Spuren und nennt diese Art der Degeneration, die sich auch an den von der Zelle abgetrennten Fasern in unmittelbarer Nähe der Verletzung zeigt, die „primäre“. Diese „primäre Veränderung“ findet nach Verf. ihren Ausdruck in der von Nissl „primäre Reizung“ genannten Form der Ganglienzellveränderung, die auf Schwellung des indifferenten Protoplasmas beruht und mit starker Blähung der Zelle und Randverdrängung der cellulären Differenzierungsprodukte einhergeht, sowie in Schwellungen des Axons, die auch auf solcher proto-(hyalo-)plasmatischen Quellung mit peripherer Fibrillenverlagerung beruht. Den beiden beschriebenen Veränderungen (an Zelle und Axon) muß „prinzipiell der gleiche Vorgang zugrunde liegen“. Auf Grund dieser Annahme sieht Verf. in der primären Veränderung einen Prozeß, der sich wie eine Wellenwirkung von der Stelle der Verletzung aus im Neuron fortpflanzt und erklärt mit der größeren Gewalt der Schädigung bzw. der größeren Nähe der zugehörigen Nervenzelle deren Beteiligung an der „primären Veränderung“. Wenn die Kontinuität der alten Bahnen nicht wiederhergestellt wird, so kommt es zur Atrophie an Zelle und Faser (tertiäre Veränderung). In der sekundären Degeneration der Faser sieht er lediglich die Folgen der Abtrennung von ihrem „trophischen Zentrum“. Im Gegensatz zu den mächtigen Auftreibungen bei der primären Degeneration kommt es hier anfangs zu geringeren Axonschwellungen und sehr bald zu fragmentärem Zerfall. Ausdruck der Degeneration der Glia sind Kernzerfall und Verlust der Färbbarkeit. Die „reparativen Vorgänge“ am ekto- und mesodermalen Stützgewebe werden einander grundsätzlich gleichgestellt. Sie zeigen sich 1. in Hypertrophie und Vermehrung der den syncytialen Zusammenhang bewahrenden Elemente, aus denen sich 2. die Gitterzellen, die primäre und sekundäre Ablaufstoffe enthalten, und nicht abräumende, epitheloide Zellen frei machen, 3. in dem Auftreten von Zellen, die bei dem Abbau sich opfern (Myeloclasten), 4. in der Bildung von Fasern im Syncytium. Nach den in ihnen auftretenden Veränderungen werden zwei Zonen um die Durchschneidungsstelle unterschieden. Die eine ist die der traumatischen Degeneration im weiteren Sinne oder der primären Veränderung. Ihr der Verletzungsstelle nächster Abschnitt wird nach Stroebe „Trümmerzone“ genannt. Er enthält die Brocken und Reste der rasch zugrunde gehenden Axonauftreibungen. An ihn schließt sich nach dem Gesunden hin die „Lückenzone“ (Zone der traumatischen Degeneration in engerem Sinne) an, in der die Achsenschwellungen das gliöse Gewebe weit auseinander drängen und die reparativen Gliaveränderungen das Bild beherrschen. Diese beiden Zonen sind nach Verf. Ansicht typische Beispiele für die von Lotmar aufgestellten Gegensätze der Suffizienz und Insuffizienz der Glia. Die Trümmerzone ist gekennzeichnet durch die insuffiziente Glia, so daß das Mesoderm einspringen muß, und auf dem Umwege über Granulationsprozesse eine bindegewebige Narbe bildet, während in der Lückenzone die suffiziente Glia den Abbau, die Abräumung und den Ersatz zu regeln vermag. Die Grenzen der Zonen sind geschlängelt, jedenfalls nicht

8*



parallel der Schnittebene. Oft kommen außerdem entfernt von der Schnittstelle „die lokalisierten Herde“ Minors als Enklaven von Trümmer- + Lückenzone im gesunden Gewebe vor. Der Übergang der Lückenzone in das gesunde Gewebe ist naturgemäß ein allmählicher. Verf. setzt zum Schlusse die Veränderung in der „Lückenzone“ der einfachen Malacie Marburgs, der parenchymatösen Degeneration Schmaus' und reservatis reservandis Lotmars Reaktion der suffizienten Glia gleich, während die der „Trümmerzone“ dem ischämischen Infarkte Marburgs, den Erweichungen Schmaus' und dem Untergang der insuffizienten Glia Lotmars entsprechen sollen. Die Zone der sekundären Degeneration wird diesen beiden „Zonen der primären Veränderung“ gegenübergestellt.

Creutzfeldt (Kiel).

224. Klarfeld, B., Zur Histopathologie der experimentellen Blastomykose des Gehirns. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58,** 176—215. 1920. 21 Abb. und 4 Tafeln.

Die vorliegenden Untersuchungen wurden mittels intravenöser Injektion von pathogener Hefe von Klein und Busse, letztere um länger überlebende Tiere zu erhalten, in Mengen von 2—10 ccm in Kochsalz ausgeführt. Die Tiere erkrankten am 7—8. Tag und gingen am 12.—20. Tage ein. Der mit Busse geimpfte Hund wurde am 123. Tage getötet und zeigte nur eine komplette Amaurose. Lähmungen traten bei keinem der Tiere auf. Makroskopisch war bei der Sektion nichts nachweisbar. Mikroskopisch war die Erkrankung der Meningen der konstanteste Befund, und zwar am häufigsten über dem Kleinhirn. Die Hefezellen liegen frei in den Piamaschen, aber auch in Zellen. Um die Pialgefäße und diffus im Piagewebe lymphocytäre, seltener leukocytäre, vor allem Plasmazelleninfiltrate. Von letzteren sieht man vorwiegend vakuolär veränderte Formen, bei denen sich aber kein Fett, sondern fibrinfärbbare Körnchen in den Vakuolen befinden. Die Blastomykose ist ebenso wie die Schlafkrankheit und die Meningitis tuberculosa durch die Häufigkeit dieser Maulbeerzellen ausgezeichnet. Daneben finden sich reichlich Mastzellen. Eine Parallelität zwischen der Zahl der Hefen in den Meningen und der Menge der Plasmazellen besteht nicht. Eine weitere charakteristische Erscheinung der Meningealerkrankung sind 2 gesonderte Typen von Makrophagen. Der eine Typ ist etwa 6—8 mal so groß wie ein Lymphocyt, rund oder länglich, mit hellem Kern und 2 Kernkörperchen. Eigentlich wabig sind diese Zellen nicht. Auch enthalten sie keine Fetttröpfchen. Auch der 2. Typ, der ein deutliches Gitter hat, enthält keine scharlachfärbbaren Substanzen, wohl aber metachromatisch gefärbte Körnchen. Daneben auch Reste von Hefen. Nicht selten findet man daneben vielkernige Riesenzellelemente. Funktionell verhalten sich beide Typen ähnlich, beide phagocytieren körperliche Elemente, der erstere aber nur kleine, wie Leukocyten und Plasmazellen, der zweite auch Hefen. Was die Genese dieser Zellen anbetrifft, so wird angenommen, daß sich die Gitterformen direkt aus Bindegewebszellen bilden können und nicht erst auf dem Umwege über den ersten Typ. Die Gitterstruktur hält Verf. im Gegensatz zu Ranke nicht für eine Degenerationserscheinung, sondern für den Ausdruck einer Funk-



tion. Er leitet die Makrophagen aus den fixen Meningealzellen ab. — An der Hand von sehr instruktiven Mikrophotogrammen werden dann die zahlreichen Herde besprochen, die sich durch Hefeembolien im ganzen Zentralnervensystem finden. Im Zentrum eines solchen Herdes liegen polynucleäre Leukocyten und einzelne Hefen, ringsherum ein Kranz epitheloider Elemente, dazwischen Fibroblasten und Capillaren. Am Rande des Herdes infiltrierte Gefäße. Die epitheloiden Zellen beherbergen in ihrem Inneren meist mehr oder minder veränderte Leukocyten oder Hefen. Zwischen den epitheloiden Zellen verlaufen neugebildete Silberfasern. Neben den eben beschriebenen Herden gibt es solche, bei denen sich um ein nekrotisches Zentrum epitheloide Zellen und Fibroblasten und um den Herd herum lebhaft wuchernde Gefäßwandelemente ohne jegliches Infiltrat zeigen. Auch im Herd fehlen Lymphocyten, Leukocyten und Plasmazellen. Auch in einem dritten Typ fehlen die hämatogenen Infiltrate. Die Glia in der Umgebung der Herde reagiert so gut wie gar nicht, nie in faseriger Form, wenigstens nicht beim Hund. Die Elemente der beschriebenen Herde verhalten sich analog den epitheloiden Zellen des Tuberkels. Sie phagocytieren Infektionserreger, Infiltratzellen und Zerfallsprodukte, vermehren sich durch Zellteilung, bilden aber auch vielkernige Riesenzellen. Diese Zellen in den blastomykotischen Herden sind mesodermaler Herkunft. — Die Organisation der Herde geschieht von den Gefäßen aus ziemlich frühzeitig. Schon am 12. Tage findet man eine weitgehende Durchsetzung des Herdes mit Mesenchymfasern. Feine Fibrillen finden sich nur in frischen Neubildungen. Eine Membran um die Narbe herum fehlt. In den Narben finden sich Bindegewebskerne, die an Nisslsche Stäbchen- und Wurstzellen erinnern. Diffuse Veränderungen der nervösen Zellen fehlen. — Die Herdbildung bei der Blastomykose gehört zu den spezifischen Granulationen. Unter der Einwirkung derselben können in der Nervensubstanz einmal entzündliche Herde entstehen, ein andermal solche, bei denen das exsudativ-infiltrative Moment fehlt. — Die Arbeit enthält auch abgesehen von der speziellen Schilderung des vorliegenden Prozesses eine Reihe interessanter Fragestellungen aus dem Gebiet der allgemeinen Pathologie, zu denen Verf. auf Grund seiner eigenen Befunde Stellung nimmt. F. H. Lewy (Berlin).

225. Henneberg, Über Salvarsanhirntod. Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Sitzung vom 12. VII. 1920 u. 8. XI. 1920.

Vortr. demonstriert den anatomischen Befund in 3 Fällen von Salvarsantod. Sämtliche Patienten hatten eine Serie von Neosalvarsaninjektionen in den üblichen Dosen und Zwischenräumen gut vertragen. In keinem Fall fanden sich syphilitische Hirnveränderungen. Fall 1 und 2 zeigten das Bild der Hirnpurpura (sog. Encephalitis haemorrhagica). Fall 1: Im Stirnhirn Petechien nur im Balken und in der inneren Kapsel, weiter hinten Blutungen auch im Einstrahlungsgebiet des Balkens, sodann in der Umgebung der Seitenventrikel, besonders des Hinterhorns beiderseits und in beiden Bindearmen. Starke Hyperämie der Plexus, Venae internae und chorioideae mit frischen Thromben, in der Umgebung der Venae chorioideae Verdichtung und abnormer Kernreichtum (Fibroblasten) des Plexusgewebes,



im Hirngewebe Ringblutungen mit hyalinem Zentrum, ferner zahlreiche kleine ödematöse und Quellungsherde mit beginnender Nekrose. In Fall 2 im Großhirn nur kirschkerngroßer symmetrischer Herd von Diapedeseblutungen im ventrolateralen Teil des Thalamus, großer Purpuraherd im Fuß der Brücke, Plexus ohne Besonderheiten. Nieren, wie auch in Fall 1, intakt. Fall 3: 48jährige Frau, keine Lues. Behandlung mit Neosalvarsan wegen putrider Bronchitis und Bronchiektasien. Patientin erhielt im ganzen 1,95 Neosalvarsan innerhalb 26 Tage, Blutdruck normal, Urin eiweißfrei, sehr günstiger Einfluß auf die Lungenerkrankung, Tod in der Nacht nach der letzten Injektion (0,45) im Koma. Befund: Große Brückenblutung, hämorrhagische Infarcierung der weichen Häute des Pons, Gefäße ohne Besonderheiten, sehr geringfügige interstitielle Nephritis. Präexistierende Gefäßveränderungen lassen sich nicht ausschließen. Möglich ist, daß zunächst infolge von Salvarsanwirkung ein nekrotischer Herd (Stase) entstand, durch den die Gefäßwand geschädigt wurde. Fall 1 und 2 bieten den gewöhnlichen Befund der Hirnpurpura, die bei Salvarsantod nichts Charakteristisches gegenüber anderen Noxen, Chlorkohlenoxydgas (Ricker), Infektionskrankheiten (Grippe) bietet. Ein Typus der Verbreitung der Hämorrhagien ist die in Fall 1 vorliegende, in den zentralen Teilen des Großhirns, d. h. im Stromgebiet der Vena magna Galeni. Auf Grund von experimentellen Untersuchungen (Ricker und Knape) muß man annehmen, daß Salvarsan Verlangsamung der Blutströmung bei erweiterten Bahnen bis zur Stase bedingt. Diese kann einhergehen mit Austritt von Blutkörperchen. Das Gift greift an den Gehirnnerven, vielleicht an den Capillaren direkt an. Die Verlangsamung der Strömung kann in den abführenden Venen Thrombose bedingen. Die hinzutretende Thrombose kann die Stase vollständig machen. Nach den Untersuchungen von Bielschowsky und Wechselmann können präexistierende chronische Veränderungen im Plexus bei Salvarsaneinverleibung zur Thrombose der Vena magna Galeni führen. Keineswegs ist jedoch in Fällen, wie unser Fall 1, anzunehmen, daß die Thrombose primär eintrat und Stase und Diapedese (Salvarsanpurpura) Folge der Thrombose waren. Die Disposition zum Salvarsanhirntod beruht auf irgendwie bedingter Verlangsamung und Erweiterung, durch Summation infolge der Salvarsanwirkung kommt es zur Stase mit und ohne Thrombosen. Der Prozeß spielt sich offenbar in großen Hirnbezirken ab, erreicht jedoch nur stellenweise die Intensität und den Charakter, daß der Befund der Purpura zustande kommt. Schon in der Norm im Stromgebiet der Vena magna Galeni vorliegende Verhältnisse (geringer Druck, mangelhafte Anastomosen) machen dieses zu einer Prädilektionsstelle. Es ist anzunehmen, daß in vielen Fällen von Salvarsanhirnschädigung der Tod nicht eintritt und die Störungen sich zurückbilden. Neurorezidive und Herxheimersche Reaktion werden wenigstens manchmal, ebenso wie die Heilwirkung, in enger Beziehung mit der Wirkung des Salvarsans auf die Blutströmung in den Capillaren stehen.

Aussprache: Bruhns betont die Wichtigkeit der mitgeteilten Fälle, besonders des letzten, in dem keine Lues vorgelegen. Es gibt kaum sichere Beobachtungen von Encephalitis haemorrhagica oder richtiger gesagt „Hirnpurpura" bei Nichtlues. Der dritte Fall von Henneberg spricht gegen die Annahme, daß die Ursache



der Hirnpurpura in einer Art Herxheimerschen Reaktion des syphilitischen Prozesses zu suchen sei. Letztere Theorie lehnt Bruhns auch noch besonders deshalb ab, weil man sich in den Fällen, wo der Exitus erst nach der 4. oder 5. Injektion eintritt, schwer vorstellen könne, daß diese ersten 4—5 Einspritzungen nur dazu dienen sollten, das Gehirn für die nächste, nun verhängnisvolle Injektion zu „sensibilisieren", die Intensität des ganzen Prozesses also zu steigern, während doch auf Haut und Schleimhaut gewöhnlich nach 2—3 Spritzen schon auffallende Rückbildung eintrete. Die Wechselmannsche Auffassung von der Gefahr der Nierenschädigung durch kombinierte Kur und dadurch evtl. entstehende urämische Zustände gilt als Ursache des Hirntodes nach Wechselmanns eigener Ansicht nur für eine gewisse Anzahl der vorkommenden Fälle. Bruhns hält nach seiner Erfahrung die Gefahr der Nierenschädigung bei vorsichtiger Anwendung des Quecksilbers für praktisch so wenig in Betracht kommend, daß er deshalb nicht auf den Vorteil der kombinierten Kur verzichten möchte. Der äußerst interessante Befund von Wechselmann und Bielschowsky, die Thrombosierungen in der Vena magna Galeni resp. in der Tela chorioidea fanden, gibt, wie auch Henneberg schon betont hat, wohl auch nicht des Rätsels Lösung. Thrombosierungen in den größeren Venen hätten wohl auch die früheren Untersucher trotz der bei Bielschowskys Methode natürlich ganz andersartigen unendlich genaueren Durchforschung des Gehirns bei ihrem gröberen Durchsuchungsmodus nicht immer übersehen können. Zudem weist Bruhns auf den von Fahr jüngst veröffentlichten Fall, in dem er gerade unter Berücksichtigung des Bielschowskyschen Befundes das Gehirn auf das genaueste auf analoge Veränderungen durchmustert hat und nichts ähnliches entdecken konnte. Somit muß also doch zum mindesten für eine große Mehrzahl der vorgekommenen Fälle von Hirntod nach Salvarsan noch eine andere Ursache supponiert werden, und es bleibt nichts anderes übrig als die Annahme einer spezifischen Salvarsanwirkung im Sinne eines toxischen Einflusses des Präparates bei einigen überempfindlichen Individuen, vielleicht durch Freiwerden der Arsenkomponente aus ihrer sonst entgiftenden Verbindung. Zu dieser Auffassung wird man gedrängt durch die außerordentliche relative Seltenheit dieser Todesfälle. Die anderen Erklärungsversuche lassen nicht erkennen, warum nur so wenige Individuen bei doch oft genug vorhandenen Voraussetzungen vom Hirntod befallen werden. Die auch von Henneberg betonten Zirkulationsschwankungen im Gehirn mit Druckerhöhung, Gefäßwandschädigung und Diapedese sind nur ein gewisser letzter Zustand bei dem krankhaften Prozeß, die Ursache für die Entstehung desselben kann vorläufig nur in der erwähnten Überempfindlichkeit gesucht werden. — Daß es sich in der Tat um eine erhebliche Druckerhöhung im Gehirn handelt, lassen noch mehr als die Spinalpunktion die wenigen in vivo trepanierten Fälle von Hirnpurpura erkennen. Bei einem Falle, den Bruhns selbst erlebte, und der durch Trepanation noch zu retten versucht wurde, allerdings ohne Erfolg, war unmittelbar vor der Operation ein Druckpuls von 60, gleich nach der Eröffnung der Dura ein Puls von 106 zu konstatieren. Möglichst frühzeitige Trepanation ist in diesen verzweifelten Fällen doch anzuraten. — Hinsichtlich der Vermeidung solcher traurigen Ereignisse gibt die Statistik Meirowskys und der Kölner Salvarsankommission einen Anhaltepunkt: Bei kleinen, in den nötigen Zwischenräumen von 7—10 Tagen angewendeten Dosen (0,6 und darunter) kommen Fälle von Hirntod wesentlich seltner vor. Die über längere Zeit gegebene Gesamtmenge von Salvarsan kann eine ziemlich große sein. Zu leichte Kuren lassen leicht Neurorezidive entstehen. Deshalb tritt Bruhns auch für Kombination des Neosalvarsans mit Quecksilber ein. Nach Silbersalvarsan hat Bruhns ebenfalls, wie auch andere, Neurorezidive beobachtet, auch über Hirntod danach ist leider schon berichtet. Wir müssen uns klar darüber sein, daß sich die Hirntodfälle nicht ganz vermeiden lassen werden, aber durch die nötige Vorsicht können sie doch auf eine möglichst geringe Zahl eingeschränkt werden.

Henneberg (Schlußwort): Die Ausführungen von Bruhns stehen nicht im Widerspruch zu den von mir gemachten. Auch in den kürzlich von Hahn und Fahr (Münch. med. Wochenschr. Nr. 43) mitgeteilten Fällen fand sich keine Thrombose größerer Venen. Die Hirnbefunde in Fällen mit Venenthrombose und solchen ohne diese zeigen keine Unterschiede. Auch dieser Umstand spricht dafür, daß die Venen-



thrombose beim Salvarsanhirntod nicht einen primären und wesentlichen Faktor darstellt. Die Venenthrombosen sind Folgen der Stase in den zugehörigen Capillargebieten. Plexusveränderungen können vielleicht das Zustandekommen der Thrombose begünstigen, doch sind leichte Veränderungen im Plexusgewebe (Konkremente, Bindegewebshyperplasien) anscheinend auch bei jüngeren Personen nicht so selten und ohne besonderen Belang. K. Löwenstein (nach Eigenberichten).

226. Kleeberger, Kurt, Fernwirkungen mechanischer Gewalten im Körper. Virchows Archiv **228,** 1920.

Als Fernwirkungen im pathologisch-anatomischen Sinne sind alle diejenigen objektiv nachweisbaren Veränderungen zusammenzufassen, welche nur indirekt auf die mechanische Einwirkung des den Körper treffenden oder anderweitig schädigenden Geschosses oder sonstigen Kampfmittels zurückzuführen sind. Unter den Schädigungen der Körperorgane durch Fernwirkung stehen die des Zentralnervensystems wegen der Zartheit der Struktur desselben an erster Stelle, so daß hier schon eine verhältnismäßig geringe Gewalteinwirkung an irgendeiner Stelle durch Störung eines wichtigen Zentrums oder Unterbrechung von Leitungsbahnen zu schwerwiegendem Funktionsausfall führt. Verf. erwähnt eine große Anzahl von Schädigungen des Gehirns und Rückenmarks und der peripheren Nerven in der Arbeit, weshalb an dieser Stelle besonders auf sie verwiesen werden soll. Als die Auslösungsmomente der Schädigung kommen Dehnung, Quetschung und Erschütterung mit sekundärem, langsamem, andauerndem Zerfall des Gewebes in Betracht. Schmincke (München).

227. Gruber, Georg B., Über den Charakter der Entzündung bei der Meningokokkenmeningitis. Virchows Archiv **228,** 216. 1920.

Untersuchung von 5 Fällen. Während die ganz akuten, innerhalb 2—3 Tage zum Tode führenden Erkrankungen ein fast rein fibrinös-eitriges Entzündungsbild mit ganz überwiegend polymorphkernigem Leukocytencharakter darboten, ergab sich in den anderen Fällen von der 1. bis 8. Woche eine zunehmende Beteiligung von Lymphocyten und Plasmazellen an der Exsudatbildung unter Zurückdrängung der Leukocyten. Auch Fibroblasten fanden sich hier reichlich. In der Plexusgewebsabschnitten fanden sich auch in den sich länger hinziehenden Fällen immer reichlich Leukocyten; großzellige Elemente wurden dem Exsudat aus den abgeschuppten Deckzellen und den Fibroblasten der Arachnoidea zugeführt. Die Wände der Piagefäße, besonders die der Venen waren außerordentlich stark entzündlich, vorwiegend lymphocytär infiltriert, ebenso das subventrikuläre Gewebe. Die Venenentzündung kommt wahrscheinlich so zustande, daß Toxine sowie Eiweißabbauprodukte durch sie und ihre in der Wandung gelegene Lymphbahnen abgeführt werden. Die Venenentzündung ist nicht für die Meningokokkenmeningitis spezifisch, sondern kommt auch bei Meningitiden anderer Ätiologie, z. B. durch Pneumokokken und Tuberkelbacillen erzeugten vor. Verf. ventiliert die Frage, ob nicht die lymphocytären Infiltrate eine besondere Einrichtung zur Absaugung und Verarbeitung von Stoffen darstellt, welche infolge der Gegenwirkung von Körper und Entzündungsursache als Schlacken entstanden sind, die im Liquor gelöst sind und in den Bahnen, welche dem Liquorabfluß dienen, dann besonders zu finden sind. Schmincke (München).



228. Jahnel, F., Einiges über die Prinzipien und neueren Methoden des Spirochätennachweises im Gewebe mit besonderer Berücksichtigung des Zentralnervensystems. Münch. med. Wochenschr. **67**, 932. 1920.

Pyridinwaschmethode: 1. Formolmaterial wird für einen Tag in 96 proz. Alkohol übertragen. 2. Destilliertes Wasser bis zum Untersinken der Blöcke. Argentum nitric. pur. (Merck) $1^1/_2$%, 3 Tage bei 37° in dunkler Flasche. 3. Auswaschen in reinem Pyridin (Merck) $^1/_4$—1 Stunde je nach Blockgröße. 4. Reduktion mit Pyrogallol-Formol, 24 Stunden lang. — Die Faserfärbung wird durch das Auswaschen mit Pyridin entfernt, die Spirochätenfärbung bleibt. Pyridin-Uranmethode: 1. Die Blöcke werden 1 (bis 3) Tage in Wasser ausgewaschen. 2. Kommen dann auf 1 (bis 3) Tage in reines Pyridin. 2. 2—3 Tage Auswaschen in oft erneuertem Wasser, bis der Pyridingeruch verschwindet; dann noch einige Tage in 5- bis 10 proz. Formalin, dann wieder Wasser. 4. Übertragen in 1 proz. Urannitrat, $^1/_2$—1 Stunde in den Brutofen bei 37°. 5. Einen Tag Auswaschen in destilliertem Wasser. 6. 3—8 Tage in 96 proz. Alkohol. 7. In destilliertem Wasser auswaschen bis zum Untersinken der Blöcke. 8. 5—8 Tage in $1^1/_2$ proz. Silbernitratlösung in dunkler Flasche im Brutofen. Dann Reduktion in 4 proz. Pyrogallussäurelösung + 5 proz. Formalin 1—2 Tage. 9. Auswaschen, Paraffineinbettung. Krambach (Berlin).

229. Groebbels, Franz, Der Aufbau des Ernährungssystems der nervösen Zentralorgane. Münch. med. Wochenschr. **67**, 923. 1920.

Bei Färbung nach Leschke und Macallum (Sichtbarmachen der Chloride als Silbersubhalogenid) und Nachfärbung mit Methylenblau oder Nisslfarbe, die auch die Spaltsysteme zur Darstellung bringt, läßt sich Anordnung und Richtung der ernährenden Flüssigkeit im Zentralnervensystem feststellen. Die gefärbte Substanz tritt darum in die Dendriten, weil nach ihnen der Saftstrom von der Zelle her gerichtet ist. Groebbels hält den Hisschen pericellulären Raum für präformiert. Die Ganglienzelle ist von einem pericellulären Netz umgeben, mit dem die Endauffaserung der Hauptdendriten einer fremden Zelle (das Trophospongienende) in engste Verbindung tritt. Die Befunde sprechen gegen die Neuronentheorie. Die nutritive Funktion der Dendriten scheint erwiesen. Die Achsenzylinder zeigen kein eigenes trophospongiöses Netz, sie müssen also von der Glia direkt ernährt werden. Das Heldsche Gliareticulum ist als Stützorgan des Gewebsstroms aufzufassen. Die Existenz eines dem Gefäßsystem seiten- oder zwischen geschalteten Capillargefäßsystems ist erwiesen. Die Zufuhr der Assimilationsprodukte erfolgt durch das unmittelbar an die Zelle herantretende System der Lymphcapillaren. Die Abfuhr der dissimilatorischen Produkte der Zelle erfolgt über die Trophospongien der Dendriten zu dem pericellulären trophospongiösen Dendritennetz der venösen Capillaren einerseits, andererseits über die retikuläre Glia. Krambach (Berlin).

230. Perman, E., Anatomiska undersökningar över hjärtnerverna hos högre däggdjur och människan. (Anatomische Untersuchungen über die Herznerven bei den höheren Säugetieren und dem Menschen.) Stockholm 1920, Verlag von P. A. Norstedt & Söner (schwedisch, 88 S.).

Eine grundlegende Arbeit, ausgezeichnet durch vorbildliche Technik



und hervorragende Genauigkeit. Zuerst verdient die makroskopische Präparationsmethode des Verf. wiedergegeben zu werden; sie ist von ihm erfunden. 1. 12—24 Stunden in $^1/_2$—1% Essigsäure. 2. 10—20 Minuten in gesättigter Solutio phenoli (5—6%), oder bis zu dem das Präparat eine grauweiße Farbe anzunehmen beginnt und die Muskelarchitektur sowie oberflächliche Nerven deutlich hervortreten. 3. Gesättigte Lösung von Pikrinsäure. Das Bindegewebe wird hierdurch gelockert, die Nerven treten licht gelblich gegen die dunkelgelbe Farbe der Muskeln lebhaft kontrastierend hervor. Für Embryonen abgekürzte Zeiten. — Der Stoff ist auf 6 Kapitel verteilt: Präparationsmethode, Verhältnisse bei Säugern, beim Menschen, vergleichende Studie, Topographie der subperikardialen Ganglien, Entwicklung der Herznerven. Die Literatur wird überall eingehend berücksichtigt. Ausführliche, deskriptive Darstellung wird für jede folgender Spezies mitgeteilt: Kaninchen, Hund, Katze, Kalb, Schaf, Ziege, Schwein, Macacus, Mensch. Von vergleichend-anatomischem Interesse ist u. a. folgendes. Beim Menschen verlaufen die Nerven, wie bei den übrigen Säugern, in zwei verschiedenen Gruppen zum Herzen: teils mit den großen Arterien, teils mit den Venen, d. h. ventral bzw. dorsal vom Sinus transversus pericardii. Bei einem Vergleich zwischen den Ausbreitungsbezirken der betr. Gruppen findet man, daß beim Menschen die erstere, mit den großen Arterien zum Herzen ziehenden Nerven die laterale sowie zu einem kleineren Teil die dorsale Wand der linken Kammer innerviert, während bei den übrigen untersuchten höheren Säugern (mit Ausnahme des Kaninchens) die genannten Wandgebiete von der zweiten, venösen Nervengruppe (die embryonal durch das „venöse Mesokard" zum Herzen zieht) versorgt wird. An der Seitenwand der linken Kammer findet man daher, daß die Nerven beim Menschen schräg dorsal-distalwärts verlaufen, bei den anderen ventrodistal. Diese Verschiedenheit steht damit in Zusammenhang, daß beim Menschen die durch das venöse Mesokard vordringenden Nerven nicht so mächtig sind wie bei den übrigen untersuchten Säugern. Dieser Umstand hat deswegen ein phylogenetisches Interesse, weil, wie durch His u. a. erwiesen, bei niederen Wirbeltieren alle zum Herzen ziehenden Nerven entlang den großen Venen (dorsal vom Sinus transversus) verlaufen. — Die schwächere Entwicklung der hinter der Aorta von rechts her vordringenden Perikardtasche (Recessus aorticus) beim Menschen bringt weiter mit sich, daß bei ihm bisweilen kräftigere Nerven längs der rechten Aortenwand hinabziehen als bei den übrigen, wo nach Verf. die genannte Perikardtasche die Nerven am Vorwachsen hindert. — Auch beim Menschen werden die Vorhöfe ausschließlich von der „venösen" Nervengruppe innerviert, die arterielle Gruppe zieht ausschließlich zu den großen Arterien und den Kammern. — Wichtig sind die Feststellungen des Verf. über den vielumschriebenen Nervus depressor. Entgegen v. Schumacher u. a. findet er, daß dieser Nerv nicht nur zur Aorta führt, sondern auch zu der Art. pulmonalis und zu den Herzkammern. — Die Entwicklung der Herznerven hat Verf. an Bielschowskypräparaten vom Huhn und vom Menschen folgen können. Sie geht, wenigstens beim Huhn, in der von Erik Müller für die allgemeine Entwicklung des autonomen Systems geschilderten



Weise vonstatten. Zuerst wachsen die Nervenfasern heraus, erst später folgen ihnen allmählich im Anschluß an sie auswandernde Ganglienzellen. Das Hineinwachsen der Nerven durch das arterielle bzw. venöse Mesokard geschieht nach Perman, entgegen His, nicht gleichzeitig. — Das Gesagte stellt nur einige Andeutungen einiger Hauptresultate dar.

Antoni (Stockholm).

231. Nekrassow, W., Über eine Rückenmarksgeschwulst vom Bau des Kleinhirns. Virchows Archiv **228,** 415. 1920.

Verf. beschreibt eine an der ventralen Seite des Rückenmarks gelegene teilweise ringförmig den Markzylinder umgreifende Geschwulst bei einem 41 Jahre alten Mann, die vom histologischen Bau der Kleinhirnrinde, aus Molekularschicht, Purkinjeschen Zell- und Körnerschicht besteht. Die Geschwulst erstreckte sich vom Halsmark bis hinunter in das Lendenmark. Zum Teil waren die Schichten wie in der Kleinhirnrinde typisch, z. T. lagen sie mehr regellos angeordnet. Vereinzelt fanden sich Inseln von Neuro gliagewebe. Verf. leitet die Geschwulst von einem schon in den frühesten Entwicklungsstadien abgesprengten Teil des Kleinhirns ab, der bei der Bildung der Rückenmarkshäute in die letzteren hineingelangte und sich da selbständig entwickelt hat. Schmincke (München).

232. Roth, Hans, Beitrag zur Kenntnis der Hypophysentumoren. Zieglers Beiträge z. allg. Path. u. pathol. Anat. **67,** 309. 1920.

Ausführliche makro- und mikroskopische Beschreibung einer Hypophysengeschwulst — malignes Adenom mit ausgebreitetem subduralem Wachstum und Vordringen gegen den Stirn- und Schläfenlappen. Neue Kenntnisse werden in der Arbeit nicht vermittelt. Für Störungen in der inneren Sekretion fehlen in der Krankengeschichte Anhaltspunkte. Die Geschwulst hat sich innerhalb Jahresfrist entwickelt.

Schmincke (München).

233. Bratz, Das Ammonshorn bei Epileptischen, Paralytikern, Senildementen und anderen Hirnkranken. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47,** 56. 1920.

In früheren Untersuchungen (1897, 1899) hatte Verf. festgestellt, daß die Ammonshornsklerose sich bei 50% der echten Epileptiker, bei 20% der Paralytiker findet. Seither hat er weitere ausgedehnte Untersuchungen angestellt, die folgendes lehren: niemals fand sich Ammonshornsklerose bei Dementia praecox, bei akuten febrilen und Erschöpfungspsychosen (puerperalen, Inanitionsdelirien, Amentia), chronischem Alkoholismus, Apoplexie, Hirnlues, Hirntumor, traumatischer Psychose, Seelenstörung bei Diabetes. Von 90 Paralytikern zeigte sie der 4. Teil, wovon 10 Fälle doppelseitig, während letzteres bei Epilepsie (mit ihren 50% positiven Befunden) wesentlich seltener ist. Auch bei infantiler Paralyse ist der Befund häufig (4 mal unter 8 Fällen). Eine Beziehung der positiven Befunde der Paralytiker zum Vorhandensein von Krampfanfällen war nicht festzustellen. Bei angeborener Imbezillität und Idiotie, wenn sie nicht mit Epilepsie kompliziert ist, sind die Ammonshörner normal, bei den mit Epilepsie komplizierten Fällen wird in 50% Ammonshornsklerose gefunden, d. h. ebenso oft wie bei



genuiner Epilepsie. In 5 unter 38 Fällen von Dementia senilis fanden sich auffallende Ganglienzellausfälle im Ammonshorn, von dem typischen Befund bei Epilepsie und Paralyse dadurch unterschieden, daß nicht eine scharfe Grenze, sondern ein allmählicher Übergang gegen die normale Zone hin besteht. Die typische Ammonshornsklerose bleibt also kennzeichnend für gewisse Bruchteile der Epileptiker und Paralytiker. Der schädigende Krankheitsprozeß scheint ein diffuser, schleichender, die Glia und die Ganglienzellen berührender zu sein. Für die Frage, ob die Ammonshornsklerose nur eine Folgeerscheinung der Epilepsie oder Paralyse sei, ist es belangreich, daß sie auch bei frisch erkrankten Epileptischen und solchen, die nur Petit-mal-Anfälle haben, vorkommt. Jedenfalls ist sie also nicht eine Folge der schweren Krampfanfälle, sondern, wenn überhaupt sekundärer Natur, eine Folge des schleichenden Gehirnprozesses. Bei an Konvulsionen gestorbenen kleinen Kindern und Säuglingen (16 Fälle untersucht) fand sie sich nicht. Zwischen den Epilepsien mit positivem und negativem Befund besteht hinsichtlich Heredität, Ätiologie und klinischem Verlauf anscheinend kein Unterschied. Der Grund für Befallensein oder Freibleiben des Ammonshorns im Einzelfalle ist wahrscheinlich nur in der örtlichen Ausdehnung des diffusen Krankheitsprozesses zu suchen. Lotmar (Bern).

234. Josephy, H., Über einen seltenen Fall von Lues des Zentralnervensystems, kombiniert mit einer Erkrankung der Hypophyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 56—68. 1920. 9. Abb.

Es wird ein Fall genauer, ein ähnlicher im Auszug geschildert, bei denen sich neben mehreren größeren Gummiknoten im Großhirn, im Kleinhirn, Pons, Oblongata, Rückenmark verstreut kleinste Gummiknoten oder auch nur Anhäufungen epitheloider Zellen neben Lymphocytenherdchen und Gefäßinfiltraten fanden. Auch auf der Innenseite der Dura waren kleinste Gummen. In den weichen Hirnhäuten entzündliche Erscheinungen mit Neigung zur Knötchenbildung. Die Diagnose wurde auf Lues gestellt, da sich für Tuberkulose keinerlei Anhaltspunkte fanden. Spirochäten konnten nirgends nachgewiesen werden. Als eigenartige Kombination, die klinisch keine Erscheinungen gemacht hatte, fand sich eine luetische Veränderung der Hypophyse. Hier bestand eine als Arteriitis bzw. Phlebitis luica bezeichnete Infiltration der Media und Adventitia mit ziemlich viel Riesenzellen. Daneben kommt es zur Bildung von Herden verschiedener Ausbildung, in denen die Drüsenzellen zerfallen und an ihre Stelle Riesen- und Epitheloidzellen treten. Wie der zeitliche Zusammenhang ist, läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen. Im weiteren Verlauf kann es jedenfalls zur Bildung zentraler Nekrosen kommen. Auch in der Hypophyse fanden sich weder Tuberkelbacillen noch Spirochäten. — Solche Befunde in der Hypophyse, wie sie auch Simonds bei 2000 Sektionen 4 mal fand, traten bisher nur bei Frauen von über 50 Jahren auf. Simonds hat in seinen Fällen die Lues als Ätiologie abgelehnt. Verf. hält aber seinen eigenen Fall für eine eigenartige histologische Form der Lues. Ob sich auch sonst bei der Körpersektion hierher gehörige Befunde ergeben haben, wird nicht erwähnt. F. H. Lewy (Berlin).



II. Normale und pathologische Physiologie.

235. Adler, A. (Frankfurt a. M.), **Über die Miktion Neugeborener und Kinder in der ersten Lebenszeit.** Med. Klin. **7**, 185. 1920.

Bei Kindern besteht ein außerordentlich hoher Blasendruck im Moment der Miktion. Verf. erklärt diese Erscheinung durch die physiologisch unvollständige Ausbildung der zentralen Hemmungsbahnen bei jungen Kindern, wie sie sich unter pathologischen Verhältnissen auch bei Erwachsenen findet. An seine klinischen Beobachtungen schließt Verf. theoretische Erwägungen zur Lokalisation der Hemmungsbahnen, auf die, da sie in ganz gedrängter Form gegeben werden, hier kritisch nicht näher eingegangen werden kann. Wir verweisen mit dem Verf. auf seine ausführliche Darstellung in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde.

Hirsch (Frankfurt a. M.).

236. Westphal, A., Über ein bei Katzen beobachtetes Pupillenphänomen. Neurol. Centralbl. **39**, 146. 1920.

Schmerzhafte Hautreize führen bei der Katze mitunter zu Pupillenerweiterung und träger Reaktion, die bei der mydriatisch erweiterten Pupille in Lichtstarre übergeht. Das Symptom ist wesentlich abhängig von der Stärke des unlustbetonten Affekts, der durch den sensiblen Reiz hervorgerufen wird. (An die en kann sich das Tier z. B. nach einiger Zeit „gewöhnen".) Die Parallele zur Angstpupille Bumkes ist bemerkenswert. Ob das Symptom durch Sympathicusreizung oder Hemmung des Sphinctertonus zustande kommt, ist nicht sicher. Krambach (Berlin).

237. Landauer, Karl, Das Sichstrecken. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.. **58**, 296. 1920.

Im Schlafe und nach längerem Sitzen ist durch Ruhestellung und Dehnung der Streckmuskulatur eine Hypotonie eingetreten. Durch das Sichstrecken erfolgt eine starke Innervation besonders der Streckmuskeln, aber gleichzeitig auch der entsprechenden Antagonisten. Durch diese Muskelspannung werden sensible Reize zentralwärts gesandt, durch die eine Tonisierung der Vorderhornzellen erfolgen soll. Bostroem (Rostock).

III. Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

● **238. Birnbaum, Karl, Psychopathologische Dokumente. Selbstbekenntnisse und Fremdzeugnisse aus dem seelischen Grenzlande.** Springer, Berlin 1920. XII u. 322 S. Br. M. 42.—, geb. M. 49.—.

Nicht „allerhand Irrenwesen", sondern psychopathologische Phänomene im weitesten Sinne, manches „was an seelisch Ungewöhnlichem und Ausnahmsweisem die Norm des Durchschnittlichen nur eben überschreitet", hat Birnbaum aus „den verschiedensten Epochen und wechselnden Lebens- und Kulturgebieten" zusammengetragen. In 17 Kapiteln werden psychopathologische Erscheinungen in ihren Wirkungen auf psychopathische Typen und psychische Krankheitsprozesse und darüber hinaus in ihrer Auswirkung auf die Gesellschaft und in ihrer Bedeutung für die Kulturwerte aufgezeigt. Mit den phantastischen Gesichtserscheinungen Johannes Müllers beginnt das Buch, um mit der schizophrenen Verblödung Hölder-



lins zu schließen. Dazwischen liegt eine Welt von Selbst- und Fremdbeobachtungen und von psychopathologischen Einsichten. Es ist klar, daß B. sich nicht darauf beschränkt, zu berichten, sondern daß es seine eigenen Gedanken sind, die die psychopathologischen Erlebnisse all der aufgeführten Menschen mit feinstem Verständnis und ganz undoktrinär, durchaus unklinisch beleuchten und verbinden. Das ganze, reiche Buch durchzieht als Leitmotiv der am Schluß ausgesponnene Gedanke, daß bei allem Negativen, bei allem Zerstörenden, das vom Pathologischen her ins Leben fließt, doch auch eine Fülle von Werten ins Leben hereinströmt. Ohne das Pathologische würde das Leben „zugleich an Formen und Nuancen, an Farben und Lichtern, an Reichtum und Fülle des Seelischen erheblich verarmen. Es würde an Lebenswert verlieren“. — Es ist an dieser Stelle überflüssig besonders zu unterstreichen, daß diese Idee in diesem Zusammenhang von einem Autor ausgesprochen wird, der über dem Verdacht steht, die Dinge „allzu psychiatrisch“ zu sehen. Gerade weil aber diese Gefahr bei einer derartigen Arbeit besonders nahe lag, ist mit aufrichtiger Freude zu begrüßen, mit wie glücklicher Hand und in welch unauffällig ordnender Weise B. den Weg gegangen ist, den er sich selbst abgesteckt hat. Das ist sein hohes Verdienst. Man wird es ihm zu Dank wissen, daß er unendlich viele Beobachtungen, die für die Mehrzahl der Fachgenossen bisher irgendwo vergraben lagen, ans Licht gezogen und in seiner Art zugänglich gemacht hat. — Aber B. tut noch mehr. Er verspricht in der Einleitung des Buches eine neue selbständige Arbeit über die Beziehungen des Pathologischen zu den Kultur- und Lebenswerten; d. h. daß B. uns in absehbarer Zeit auf dem Unterbau seiner Dokumente eine Analyse und Synthese dessen geben wird, was ihn zu der Bearbeitung der Dokumente geführt hat. Eugen Kahn (München).

239. Sommer (Gießen), **Normalwerte des optischen Gedächtnisses für Figuren.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Wenn ein bestimmtes Schema von 25 Figuren 6 Sekunden für jede Figur exponiert wird, so beträgt die durchschnittliche Zahl der gemerkten Figuren bei gebildeten Erwachsenen ca. 11. Es gibt bei einzelnen Personen Streuungen in beträchtlicher Breite, aber die Zahl der Fälle häuft sich bei dem Durchschnittswert. Eigenbericht (durch Göring).

240. Schmidt (Mainz), **Moderne Strömungen in der psychoanalytischen Bewegung.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Der Vortragende schildert den Unterschied zwischen Freuds, Jungs und Adlers Auffassung und übt daran Kritik. Göring (Gießen).

241. Koehler (Ettlingen), **Forschungen an Menschenaffen.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Er ist in dem Bericht der preuß. Akademie der Wissenschaft erschienen. Göring (Gießen).

242. Fischer, H., Zum Ausbau der tierexperimentellen Forschung in der Psychiatrie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 181. 1920.

Siehe das Referat nach dem Vortrag auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Hamburg am 27. V. 1920. **Lotmar.**

243. Jaensch, Walther (Marburg a. L.), **Pharmakologische Versuche über die Beziehungen optischer Konstitutionsstigmen zu den Halluzinationen.** Vortrag auf der 86. Versammlung der Deutschen Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Auf dem letzten Neurologenkongreß in Baden-Baden berichtete ich über psychophysische Konstitutionsuntersuchungen an Individuen mit Anschauungsbildern, die seit mehreren Jahren im psychologischen Institut zu Marburg a. L. Gegenstand eingehender psychologischer Forschungen sind. Diese Individuen, die wir Eidetiker nennen, haben die Fähigkeit, eine einmal betrachtete Vorlage entweder kurz nachher oder auch nach längerer Zwischenzeit mit allen Einzelheiten und in wirklichem Sinne wieder vor sich zu „sehen". Am besten ist diese Erscheinung mit den physiologischen Nachbildern vergleichbar, aber von diesen exakt zu unterscheiden. — Diese psychophysischen Konstitutionsuntersuchungen[1]) führten zur Aufstellung zweier Konstitutionstypen des T- und B-Typus, von denen ersterer kurz gesagt ein verkleinertes Bild der latenten Tetanie, letzterer ein verkleinertes Bild des Basedow oder des Basedowoids bietet. Die zu diesen beiden Typen zugehörigen Anschauungsbilder (AB) weisen in ihrer Eigenart ebenfalls untereinander wesentliche Verschiedenheiten auf; insbesondere lassen die des T-Typus durch energische Kalkzufuhr sich dauernd vollständig oder bis auf Rudimente in vielen Fällen zum Verschwinden bringen, während die B-Typen sich hierbei refraktär verhalten. — Professor Lewin, Berlin, hatte nun die Freundlichkeit, uns eine Droge, das Anhalonium Lewinii, zugleich mit der pharmakologischen Gebrauchsanweisung zur Verfügung zu stellen, die die Fähigkeit besitzt, bei erhaltenem Bewußtsein und ohne wesentliche Störung des Allgemeinbefindens (bei Dosen bis 7 g, Lewin, Guttmann, v. Hornbostel) Halluzinationen hervorzurufen. — Wir gaben nun verschiedenen Versuchspersonen, Eidetikern und Nichteidetikern, gleich große Dosen dieser Droge. Wir gingen dabei von dem Gedanken aus, daß es mit ihrer Hilfe und Anwendung kleiner Dosen vielleicht gelingen könnte, einerseits die Fähigkeit der AB bei Eidetikern zu krankhaften Formen zu steigern, andererseits eidetische Fähigkeiten bei Nichteidetikern hervorzurufen: es schien uns durch solche Versuche ein Weg gegeben, ausgehend von Eigenschaften bei Normalindividuen, Formen halluzinatorischer Erscheinungen unter dem Gesichtswinkel der Individualpsychologie näher zu studieren. Wir suchten damit ein Postulat zu erfüllen, das auch Sommer und Hoche schon aufgestellt haben, dem Verständnis psychiatrischer Symptome auf dem Wege der individual-psychologischen Einzelforschung näherzukommen. — Tatsächlich gelang der Versuch, mit Anhalonium bei Nichteidetikern eidetische Fähigkeiten in verschiedenen Abstufungen zu erzeugen, während sich bei denselben kleinen Dosen (1—2 g) die AB von Eidetikern (besonders des B-Typus) zu geradezu grotesken Formen illusionären Charakters steigerten. Weiter zeigte sich die Stimulation der optischen Sphäre in einer erhöhten Aufmerksamkeit für die

[1]) Vgl. Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. **59.** 1920. Walther Jaensch. „Über Wechselbeziehungen von optischen, cerebralen und somatischen Stigmen bei Konstitutionstypen".



Einzelheiten der Umgebung, ebenso in einer Steigerung der Empfindlichkeit für kleine Helligkeitsunterschiede. Letzteres wiesen wir mit dem Lummerschen Photometerwürfel nach. Ferner trat auch eine Steigerung der visuellen Vorstellungsbilder auf. Nebenher bestand eine gehobene exzitierte Stimmung, welche die optische Wirkung bei weitem überdauerte. Von somatischen Wirkungen ist eine Pulsverlangsamung zu erwähnen, die den optischen Erscheinungen fast parallel geht. — Es wird Aufgabe weiterer Versuche sein, die Art der optischen Erscheinungen unter Berücksichtigung der verschiedenen Eidetikertypen, insbesondere des T- und B-Typus, noch näher zu studieren, ferner auch diejenigen unter unseren Versuchspersonen heranzuziehen, die außer den optischen AB auch solche auf anderen Sinnesgebieten besitzen. Es dürfte sich hierbei herausstellen, ob die von Guttmann und v. Hornbostel außer den optischen Halluzinationen bei ihren großen Dosen auch auf anderen Sinnesgebieten beobachteten Erscheinungen (Parageusien, Parästhesien, autokinetische Halluzinationen) auch nur die Folge einer Steigerung der in der Konstitution „parat liegenden Symptomverkoppelungen" (Hoche) sind, wie die Steigerung unserer Konstitutionsstigmen („optisches Tetanoid" bzw. „Basedowoid") zu optischen Erscheinungen illusionären Charakters. — Vielleicht gelingt es auf diese Weise, einige Fingerzeige zu erhalten, welche Wege die experimentelle Psychologie einzuschlagen hat, um das Verständnis funktioneller Psychosen in dem oben bereits angedeuteten Sinne in erreichbarere Nähe zu rücken. — Es wird Aufgabe weiterer Untersuchungen sein, auch die Wirkungen praktisch wichtigerer Gifte, insbesondere die des Alkohols, nach ähnlichen Gesichtspunkten zu prüfen. Eigenbericht (durch Göring).

244. Dyroff, Adolf (Bonn), **Aufgaben der Traumpsychologie.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Dyroff erörtert den erkenntnistheoretischen Charakter der Traumforschung, weist auf die Mannigfaltigkeiten des Traumverlaufs hin, besonders auf Traum- und Träumertypen, wie den der Reiz- und der perseverativen Träume, auf den Gegensatz der kaleidoskopischen und der ablösenden Szenenfolge, auf Traumkontamination, Iteration und Variation, auf die emporstrebende Tendenz des Traumverlaufs, auf Altersunterschiede usw. Weiter kommen das Verhältnis des Kerninhalts der Träume zu dem Traummotiv und die vielen Formen der Traummotive sowie ihr vermutlicher Grundcharakter, die Ursachen der Kakomnesie und grundsätzliche Fragen zur Sprache. Freuds Theorie wird nebenher teils anerkannt, aber hinsichtlich der Analyse und Deutung als verfehlt gewürdigt.

Diskussion: Jaensch (Marburg) weist darauf hin, daß der Vorstellungstypus doch nicht ganz bedeutungslos sein dürfte, insofern der symbolisierende Typus eine bestimmte Art des Traumes zu bedingen scheint.

Kleifisch (Essen), kurzer Bericht über Traumbeobachtung eines 6jährigen Mädchens: Nachts neben Kind unauffällig geschlafen. Unmittelbar nachher aufnotieren. Das Kind hatte ein starkes Realitätsbewußtsein des Traumes. Die „Welt" zerfällt dem Kinde in eine reale gedachte Tag- (Wach-) und Nacht- (Traum-) Welt. Sog. typische Träume treten schon früh auf (z. B. Fliegen, Halbangekleidetsein in Öffentlichkeit). Der Traum beim Kind wirkt im Wachleben stark nach



(Ansicht von der dreifachen Mutter: Photographiemutter, Traummutter und richtige Mutter). Bei Kränklichkeit sind die Träume vermehrt und durchweg Angstträume, die oft sehr hartnäckig sind. Eigenberichte (durch Göring).

● **245. Erdmann, Benno, Grundzüge der Reproduktionspsychologie.** Berlin u. Leipzig 1920, Vereinigung wissenschaftlicher Verleger. 186 S. Preis M. 20,—.

Dies Werk sucht, im Bereiche seiner Problemstellungen, die moderne Funktionspsychologie nicht dadurch zu überwinden, daß es sie widerlegt, sondern dadurch, daß es erfolgreich ihren Erklärungsanspruch in der Lehre von der Reproduktion auszuschalten weiß. Erdmanns allgemeine psychophysiologische und assoziationstheoretische Voraussetzungen, die er eingangs klarlegt, weisen ihm einen Platz in der Nähe von Helmholtz und G. E. Müller zu; — nur daß Erdmann neben den individuell erworbenen Assoziationen noch primäre assoziative Präformationen als Voraussetzungen aller erwerbbaren Verknüpfungen annimmt. Diese Hypothese, so sehr sie in der Luft schwebt, entgeht den bekannten Einwänden von Kries, Becher u. a., die gegen die Möglichkeit erhoben wurden, die Bewußtseinsvorgänge assoziativ zu erklären. Erdmann kommt nun aber zu einem wesentlichen Um- und Weiterbau der assoziationstheoretischen Annahmen, und zwar indem er den Begriff der Apperzeption neu formuliert, in einer bisher nicht gekannten Eindeutigkeit abgrenzt, psychophysiologisch fundiert, und — nicht zuletzt — aus spezifischen psychologischen Tatbeständen erhärtet. Die Apperzeption verliert dadurch die Vieldeutigkeit der Sinngebungen, die ihr seit Leibniz anhaftet; sie steht nicht mehr jenseits und über den Assoziationsmechanismen, sondern wird in bestimmte Beziehung zu deren corticalen Residuen gebracht; und vor allem weiß man bei Erdmann, was man eigentlich unter ihr psychologisch zu verstehen habe. Nur dieser grundlegende Gedankengang Erdmanns kann im Referat wiedergegeben werden; seine Anwendung im einzelnen auf die Eintrittsbedingungen der verschiedenen Inbegriffe von Bewußtseinserscheinungen kann nicht einmal angedeutet werden, so fruchtbar sie ist. Erdmanns Gedankengang ist folgender: er trennt zunächst die Assoziation, die Verknüpfung von Bewußtseinsinhalten, von der Reproduktion, dem Inbegriff derjenigen Vorgänge, durch welche frühere Bewußtseinsinhalte erneut zu Bewußtseinsinhalten werden, und zwar, der allgemeinen Ansicht nach, gemäß den jeweils vorliegenden assoziativen Verknüpfungen. Hier ersteht die Frage: wirklich stets und lediglich gemäß diesen? Sind alle Reproduktionen lediglich durch Assoziationen bedingt? Erdmann zeigt, daß und warum diese Frage zu verneinen ist. Er tut auch dar, daß die Bedingungen, welche assoziative oder andere Reproduktionen auslösen, keineswegs ausschließlich in gegenwärtigen Bewußtseinsinhalten zu bestehen brauchen. Ebensowenig braucht das Reproduzierte lediglich als Bewußtseinsinhalt zum Vorschein zu kommen. Am wichtigsten ist seine Behauptung, daß die assoziative Reproduktion stets eine andere Art der Reproduktion voraussetzt: die apperzeptive. Den Beweis hierfür entnimmt Erdmann den experimentellen Ergebnissen seiner mit Dodge angestellten berühmten Versuche über das Lesen. Bei diesen Ergebnissen finden sich, wie beim



wahrnehmenden Erkennen überhaupt als Grenzfall, Tatbestände vor, die Erdmann als „repräsental unergänztes Wahrnehmen" bezeichnet. Die Regel zwar bilden Wahrnehmungen, in denen der durch die gegenwärtigen Sinnesreize gegebene Wahrnehmungsinhalt mittels Gedächtnishilfen ergänzt wird, welche ihrerseits mehr oder minder ins Bewußtsein treten. Jedoch insbesondere bei „vertrauten" Gegenständen gibt es im wahrnehmenden Bewußtseinsbestand zuweilen keinerlei ergänzende repräsente, erinnerte Bewußtseinsinhalte. Ähnliches zeigt sich sowohl am Tachistoskop unter konzentrierter Aufmerksamkeit, als auch bei flüchtigen Wahrnehmungen ohne Interesse — sobals also durch das — positive oder negative — Verhalten der Aufmerksamkeit assoziative Hemmungen gesetzt werden. Zwar könnten auch in solchen Fällen repräsentale Ergänzungen in der Wahrnehmung stecken, aber so im Wahrnehmungsinhalt verschmolzen, daß man sie nicht heraussondern kann. Aber darüber hinaus kann man für bestimmte Experimentalfälle das völlige Fehlen derartiger repräsentaler Ergänzungen dartun. Besonders bemerkenswert an ihnen ist, daß der Bewußtseinsbestand der Wahrnehmung sehr viel deutlicher sein kann, als es die Sinnesreize begreiflich machen. Dies ebenso wie die Tatsache der „Vertrautheit" des Gegenstandes bezeugt die Mitwirkung von Reproduktionsvorgängen, trotz dem Fehlen von repräsenten Bewußtseinsinhalten. Es spielen zentrale dispositionelle Wiedererregungen der Residuen früherer gleichartiger Reize mit. Und es gibt keinen Weg, bei derartigen Wahrnehmungen zu isolieren, was in dem Bewußtseinsbestande auf die aktuellen Reizerscheinungen, was auf die residualen Erregungen zurückgeht. Dies unauflösliche Ineinander von Reiz- und Residualerregungen nennt Erdmann apperzeptive Verschmelzung. Sie geht nicht auf Bewußtseinsinhalte, sondern auf Bewußtseinsbedingungen. Wir haben also zwei Hauptarten der Reproduktion: die assoziative, bei der das reproduzierende und das reproduzierte Glied selbständige Bewußtseinsinhalte sind; und die apperzeptive, bei welcher keines dieser beiden Glieder für sich ein selbständiger Bewußtseinsinhalt ist. Erdmann tut nun dar, daß diese apperzeptive Reproduktion die ursprüngliche Bedingung der Möglichkeit aller individuell erworbenen assoziativen Reproduktion ist. Damit ist ein neues Fundament für die Reproduktionspsychologie gelegt; und der Inbegriff der Reproduktionsvorgänge, die durch gegenwärtige Wahrnehmungsreize so ausgelöst werden, daß sie unmittelbar den Wahrnehmungsinhalt bestimmen, wird nunmehr eindeutig mit dem Terminus Apperzeption bezeichnet. In der Folge studiert Erdmann insbesondere die residuale Komponente des apperzeptiven Verschmelzungsvorgangs. Er findet in ihr bereits einen Bestandteil, der auf eine repräsentale Ergänzung von Bewußtseinsinhalten hin tendiert. Und auch von dieser Vorbedingung zur repräsentalen Ergänzung vermag er die nicht assoziative, sondern präformierte, apperzeptive Struktur nachzuweisen. An Hand seiner Feststellungen wird sein Buch zu einer neuen Psychologie der wahrnehmenden Erkenntnis, besonders hinsichtlich ihrer reproduktiven Bestandteile und unter Mitwirkung der Aufmerksamkeit in ihr. Dem sei hier nicht gefolgt. Das Buch ist ungemein schwierig, ebenso wie seine Probleme; es ist aber

auch überaus bedeutsam, nicht zuletzt im Hinblick auf psychopathologische Anwendungen, z. B. auf die Theorie der Trugwahrnehmungen. Kronfeld.

● **246. Pfänder, Alexander, Einführung in die Psychologie.** Zweite durchgesehene Auflage. J. A. Barth, Leipzig 1920. 383 S. Preis M. 40,—.

Als Pfänders Buch vor anderthalb Jahrzehnten zum ersten Male erschien, begann die Hochflut der physiologischen Psychologie gerade etwas abzuebben. Noch aber beherrschte sie damals das Feld fast unbestritten, und Pfänders Werk war die Tat eines ziemlich einsamen Opponenten. Aber es war eine Tat! Und liest man die 2. Auflage heute, so vermag man erst voll die Bedeutung — und den Erfolg dieser Tat zu ermessen, die damals wirklich zukunftweisend war, und unter deren Einfluß jener weitgehende Umschwung in der psychologischen Forschungseinstellung zum Teile mitbewirkt wurde, den wir seitdem erlebt haben. Die starke Herausarbeitung der subjektiven Methode und ihres Primates, die Ausbildung der Lehre von der Introspektion und der Einfühlung, die Abkehr von der psychischen Atomistik der Herbartianer, die phänomenologische Wendung, die Vertiefung und Wandlung in der Lehre von den Gefühlen, die vorsichtige Neubelebung dessen, was an der Vermögenspsychologie nun einmal unumgängliche Grundlage alles dynamischen Begreifens von Psychischem bleibt, die Ausschaltung des Bewußtseinsbegriffes aus der Definition des Psychischen, endlich der erfolgreiche Kampf gegen den psychophysischen Parallelismus zugunsten der Wechselwirkung: alles dies und manches andere hat, neben der unvergänglichen Wirkensspur Lipps', Pfänders Buch als eines der ersten in der Forschung zur Geltung und Wirkung gebracht. Diese Dinge bleiben, in der klaren uns bestimmten Form ihres Vortrags, der wesentliche Gewinn auch der neuen Auflage. Ihr wohnt ein weiterer Vorzug inne, welcher didaktischer Art ist: das Werk gibt weniger psychologische Materialien als es psychologisches Denken lehrt; wir wüßten kaum ein Werk, welches dem Unbewanderten in dieser Hinsicht mehr zu geben vermöchte. Kronfeld (Berlin).

● **247. Mockel, Paula, Erinnerungen und Briefe meines Hundes Rolf.** Verlag von Robert Lutz, Stuttgart 1920. 160 S. Preis M. 12,—.

Keine günstig stimmende Fortführung des ersten Buches der Verf. über den Mannheimer „denkenden" Hund. Eine „geklopfte" Selbstbiographie und ein Briefwechsel, etwa von demjenigen seelischen Niveau aus produziert, welches sich eine Dame bei einem Hunde als gegeben vorstellt; also etwa dem eines 8jährigen Buben von starker Impulsivität und „herzigen" Eigenschaften. Es hat wenig Sinn, die Fragen der Authentität und der Kontrollen an der Hand des hier gegebenen Materials klären zu wollen. Eigenartig ist, daß das Verhalten des Hundes und seiner Leistungen bei der einzigen einigermaßen ernsthaften Prüfung, die das Buch mitteilt, der durch Professor Ziegler, im Verhältnis zu den übrigen Leistungen schriftstellerischer Art außerordentlich ärmlich und unergiebig und überdies in mancher Hinsicht unklar war. Der Verf. und ihren feinsinnigen Bestrebungen hätte es mehr genützt, wenn aus ihrem Nachlaß nur der erste Band erschienen wäre, und das zweifellos höchst interessante Tier dann vor seinem Tode einer langdauernden Prüfung durch Fachpsychologen unter-



zogen worden wäre. Es gibt jetzt übrigens, wie das Buch mitteilt, in Deutschland bereits zwölf „klopfende“ Hunde. Kronfeld (Berlin).

248. Hahn, Beiträge zur Psychologie des Vorbeiredens mit besonderer Berücksichtigung des kindlichen Verhaltens. II. Falschbezeichnen von Bildern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Orig. **59**, 122.

Auch hier findet sich beim Kinde ein bestimmter Typ der Fehlleistung. Oft handelt es sich auf Grund der Ähnlichkeit des Gesamteindrucks um ein Zurückführen auf vertraute Dinge, häufig auch um ein Sich-Begnügen mit einer Teilauffassung des Bildes. Der „Gauser“ soll im Gegensatz zum Schwindler dieselben Typen der Fehlleistungen zeigen, doch ist die mitgeteilte Kasuistik allzu unbedeutend, um zu überzeugen. Schneider (Köln).

249. Jaensch, Walther, Über Wechselbeziehungen von optischen, cerebralen und somatischen Stigmen bei Konstitutionstypen. Vorläufige Mitteilung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Orig.-Bd. **59**, 104.

Verf. knüpft an die experimentelle Analyse von Anschauungsbildern an. Man versteht darunter die manchen, und zwar vorwiegend jugendlichen Individuen eigene Fähigkeit, eine betrachtete Vorlage nachher mit sinnlicher Deutlichkeit vor sich zu sehen. Auch auf anderen Sinnesgebieten kommt Analoges vor. Das Anschauungsbild nimmt eine Mittelstellung ein zwischen physiologischem Nachbild und Vorstellungsbild. Das Vorhandensein dieser Anschauungsbilder, sowie auch verlängerte Dauer des Nachbildes fand sich bei tetanoidem und basedowoidem Konstitutionstyp; bei dem ersteren verschwanden diese „optischen Stigmata“ vielfach auf Calcium lacticum, beim zweiten nicht. Über die häufige Mischung beider Typen, die verschiedene Gestaltung der optischen Phänomene, über somatische und psychische Kriterien und Merkmale wird skizzenhaft und unter dem Hinweis auf eine ausführlichere Veröffentlichung und Mitteilung des Materials berichtet. Kurt Schneider (Köln).

250. Schilder, Paul, Über Gedankenentwicklung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Orig. **59**, 250.

An der Hand von Beispielen wird folgendes gezeigt: Vorstellung und Gedanke entwickeln sich. Der Prozeß der Vorstellungsentwicklung geht über assoziativ verwandte Gebiete. Sachlich Verwandtes und persönlich Verbundenes klingt an. Die unentwickelte Vorstellung ist der affektiven Umbildung besonders zugänglich, sie hat häufig symbolähnliches Gepräge. Im Denken spielt der anschauliche Bewußtseinsinhalt eine geringe Rolle gegenüber den nichtanschaulichen Denkerlebnissen. Auch der Gedanke hat eine Entwicklung, in der symbolähnliche Gebilde von großer Bedeutung sind. Bei der Schizophrenie und Paraphrenie treten, ähnlich wie beim Denken primitiver Völker, als Endergebnis des Denkaktes Gebilde auf, welche normalerweise nur Durchgangsphasen des Denkprozesses sind. Solches Denken bleibt gewissermaßen stecken auf jener durch symbolische Vorstellungen charakterisierten Stufe der Gedankenentwicklung. Schneider.

251. Voss (Düsseldorf), **Über die Ergebnisse von Assoziationsversuchen an Hirnverletzten.** Vortrag auf der 86. Versammlung der Deutschen Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Sie wurden nach dem akustischen Verfahren an über 50 Verletzten



vorgenommen. Die Reaktionszeit wurde mit der $^1/_5$''-Uhr gemessen. Es fand sich eine sehr erhebliche Verlängerung der Reaktionszeiten, welche die Reaktionszeiten normaler Vergleichspersonen um das 3—4fache übertrafen. Die Assoziationsbreite war in mäßigem Grade herabgesetzt. Sehr ausgesprochen waren die inhaltlichen Veränderungen: gegenüber 2,4% bei Normalpersonen fanden sich im Durchschnitt 24% egozentrischer Assoziationen bei Hirnverletzten. Die prädikativen Reaktionen erwiesen sich ebenfalls als bedeutend vermehrt. Namentlich die beiden letzten Abweichungen scheinen wichtig zu sein. Sie stehen in engem Zusammenhang mit der traumatisch-epileptischen Veränderung, die zu einer gewöhnlichen Folgeerscheinung der Hirnverletzung zu werden scheint. Die geringe Leistungsfähigkeit der Hirnverletzten trat auch bei diesen Versuchen in Form starker Ermüdbarkeit hervor. Auf den Einfluß der Lokalisation der Verletzung wies der schlechte Ausfall der Versuche bei Stirn- und insbesondere bei Stirn- und Schläfenhirnverletzten hin. Die Leistungen der sog. Gebildeten und Ungebildeten waren annähernd gleich schlecht, worin ein Hinweis zu erblicken ist auf die weit schwerere Schädigung der Geistesarbeiter durch Hirnverletzung. Sie verlieren, wie sich aus den Versuchen ergibt, den ganzen Vorsprung, den sie durch jahrelange mühevolle Ausbildung sich erworben hatten. Zum Schlusse wurde eindringlich auf die große, auch prinzipielle Bedeutung hingewiesen, welche eine glückliche Lösung der Frage der Kriegsbeschädigtenfürsorge hat: sie kann zu einem Prüfstein für den Fortschritt des moralischen Wiederaufbaus Deutschlands werden.

Diskussion: Liepmann erkundigt sich, ob die Kranken mit fronto-temporalen Verletzungen zum großen Teile Sprachgestörte waren und wie sich die linkshirnig Verletzten bezüglich ihrer Leistungen zu den Rechtsverletzten verhielten.

Goldstein betont die methodischen Schwierigkeiten bei Assoziationsversuchen, die eine Benutzung dieser Methode bei Hirnverletzten, wenn man nicht jeden Fall besonders analysiert habe, problematisch erscheinen lassen. Es gilt hier etwas Ähnliches wie bei Reaktionsversuchen, die im Frankfurter Lazarett in großen Massen vorgenommen wurden und auch nicht zu recht verwertbaren Resultaten geführt haben, jedenfalls nur bei genauer Gesamtanalyse jedes untersuchten Falles. Die Linksverletzten ohne Lokalsymptome wiesen größere Abweichungen von der Norm auf als die Rechtsverletzten, reagierten schlechter als die mit Verletzungen an anderen Stellen.

Sommer hält die von Voss angewandte Methode durchaus nicht für unbrauchbar und wünscht nur ihren Ausbau im Sinne der von Liepmann gestellten Fragen.

Voss will keine hirnlokalisatorischen, sondern individualpsychologische Versuche gemacht haben, stellt aber weitere Forschungen unter Berücksichtigung der verletzten Stelle in Aussicht. Eigenberichte (durch Göring).

252. Jaensch, E. R. (Marburg), **Über neue Probleme der Gedächtnisforschung.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Jaensch führt einige Versuche an Individuen vor, die die Fähigkeit besitzen, eine betrachtete Vorlage nachträglich in buchstäblichem Sinne wieder zu sehen, nicht nur vorzustellen („Anschauungsbilder“). Diese Fähigkeit ist im Jugendalter weit verbreitet und durch feinere Unter-



suchungsmethoden noch bei einem viel höheren Prozentsatz der Fälle, anscheinend durchweg, nachweisbar. Schon Helmholtz postulierte eine entscheidende Mitwirkung des Gedächtnisses beim Aufbau unserer Wahrnehmungswelt, ohne daß doch das Gedächtnis im gewöhnlichen Sinn, d. h. das Wissen von der Beschaffenheit der Objekte, unsere Wahrnehmungen von den Gegenständen wesentlich zu beeinflussen vermöchte. Das Helmholtzsche Postulat findet durch den Nachweis des jugendlichen Sinnengedächtnisses seine Erfüllung. Vortr. weist dies an einem Beispiel nach, indem er an der Hand einiger experimenteller Vorführungen zeigt, wie sich in jener Jugendphase die Wahrnehmung von der Größe der Objekte entwickelt. Die experimentelle Analyse der Anschauungsbilder konnte auch in den Dienst der Vorstellungs- und Denkpsychologie gestellt werden, da die Bilder die Eigentümlichkeiten des Vorstellungslebens vielfach in gesteigerter und deutlicherer Form, gleichsam wie durch das Mikroskop betrachtet, zeigen. — Ausführliche Veröffentlichung: Zur Grundlegung der Jugendpsychologie, Ergänzungsband der Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., herausgegeben von E. R. Jaensch, ferner Monographie von O. Kros und Walther Jaensch. Eigenbericht (durch Göring).

253. Goldschmidt (Münster i. W.), **Eignungsprüfungen.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Es wird über die an der Eignungsprüfungsstelle der Universität Münster gesammelten Erfahrungen berichtet und gezeigt, daß sich die Prüfungen auf Eignung zu der einen oder anderen Berufstätigkeit bereits mannigfach bewährt haben. Freilich läßt sich ein praktischer Erfolg nur bei äußerster Vorsicht eines wirklich geschulten Experimental-Psychologen versprechen. Zur Fortbildung der Eignungsprüfungen erscheint deren Durchführung im Anschluß an Universitäten und technische Hochschulen dringend geboten. Daß aber wiederholt Eignungsprüfungen bereits wenige Monate nach der ersten Inangriffnahme der Ausbildung eines Prüfungsverfahrens schon einen nachweislich erheblichen praktischen Nutzen bringen konnten, zeigt gerade, wieviel sich von ihnen zukünftig besonders für Berufe wie der Kraftfahrer, Funker, Lokomotivführer, Mechaniker, Schlosser und viele andere mehr versprechen läßt, zum Segen derer, die daraufhin einen angemessenen Beruf finden, zum Segen der Arbeitnehmer und zum Erstarken der Arbeitsleistung. Eigenbericht (durch Göring).

Diskussion: Wertheimer warnt vor Anwendung der Eignungsprüfungen vor strengen Eichungsuntersuchungen.

Stern (Gießen) will in der Praxis nicht zu weitgehende Folgerungen aus den Eignungsprüfungen ziehen, da sich die Erwartungen nicht alle erfüllt haben. Als Eignung kommt nicht die Untersuchung schon ausgebildeten Personals in Betracht, sondern nur die Einstellung geeigneter und ungeeigneter Bewerber und Nachprüfung auch nach längerer Zeit. Das Gebiet der Eignungsprüfung sind die Verrichtungen, die sich in gleicher Weise immer wiederholen wie bei den Verkehrsberufen. Eigenberichte (durch Göring).

● **254. Koch, Richard, Die ärztliche Diagnose. Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens.** Zweite umgearbeitete Auflage. Wiesbaden 1920. Verlag J. F. Bergmann. XV und 206 S. Preis M. 15.—.

Einen „Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens“ nennt der Verf.



sein Buch, in dem die Elemente, Arten und Erkenntnismittel der Diagnose und ihre mannigfachen Beziehungen einer eingehenden Betrachtung unterzogen werden. Es wird versucht, den Diagnosebegriff aus dem ärztlichen Denken heraus zu verstehen und eigenartig abzuleiten. Damit aber wird die Diagnosefrage, in ihrer Abhängigkeit vom Subjekt ärztlicher Tätigkeit, als Funktion ärztlichen Wesens zu einem Weltanschauungsproblem. Die Frage nach dem spezifischen Wesen des ärztlichen Denkens bedeutet doch wohl schlechthin nichts anderes als einen Versuch, menschliches Wesen und Wirken in ihrer weitesten Bedeutung zu erforschen. Es gibt (wie Ref. feststellen möchte) a priori kein besonderes ärztliches Kausalitätsbedürfnis, keine besonderen ärztlichen Anschauungsweisen. Indem der Verf., auf Grund seiner Erfahrungen und Erlebnisse, ein besonderes ärztliches Erkenntnisproblem anerkennt, wird er gezwungen, seine Beweisführung — nicht nur unter dem historischen Gesichtspunkt — auf einer Kritik allgemeinster menschlicher Funktionen aufzubauen. Von diesem echt Menschlichen enthält dieses Buch voll ärztlicher Gedanken eine reiche Fülle! Nicht jeder könnte und dürfte dieses Buch schreiben! Es ist, was jedes gesprochene und geschriebene Wort sein sollte, — ein Bekenntnis. Ein Bekenntnis, das aus einer geistigen Not geboren ist, und das diese Not bannen soll. Der Verf. sieht den Arzt unserer Zeit leiden unter dem Konflikt zwischen Praxis und Theorie, zwischen technischer und wissenschaftlicher Berufserfüllung, zwischen den ärztlichen Erziehungslehren einer wissenschaftlichen Glanzzeit und den praktischen Forderungen und Notwendigkeiten des Tages. Er fürchtet, daß die Hypertrophie geistiger Produktion, daß die Überschätzung rein methodischer Leistungen der Medizin das Schicksal eines Ablegers mißverstandener Wissenschaftlichkeit unter Verlust von Eigenart und Tradition bereitet. Vielen mag diese Gefahr weniger groß erscheinen. Sie sehen die heutige Stellung der Medizin weniger als Folge prinzipieller Wandlung der Erkenntnis, denn als vorübergehende Reaktion menschlicher Unzulänglichkeit an. Der Verf. steigert — bewußt oder unbewußt — den Gegensatz zwischen Wissenschaft und Arzttum von vornherein, indem er die Diagnose als wissenschaftliches Forschungsmittel einführt. Die Diagnose als Erkenntnismittel ist, im Gegensatz zu den Verfahren voraussetzungsloser Wissenschaft, zweckbetont in Beziehung auf das ärztliche Handeln. Der Wert solcher Betrachtungen ist ein allgemeiner. Auch andere geistigen Berufe haben ihre „Diagnose"-Probleme, die Pädagogik sowohl wie die Volkswirtschaft, die der Richter wie der Theologen. — Es ist das besondere Verdienst des Verf., die Reichweite und Gültigkeit rein wissenschaftlicher Betrachtungsweise im ärztlichen Vorgehen gegenüber Leistungen von mehr intuitivem Charakter festgelegt zu haben. Vor dieser Feststellung treten einzelne Schwächen der Beweisführung in den Hintergrund. So erscheint vom psychologischen Standpunkt aus eine Gegenüberstellung von „Anschauung" und „Untersuchung" nicht ohne weiteres gerechtfertigt; es darf bestritten werden, daß die Analyse zum Prinzip produktiver Beobachtung erhoben werden kann; auch die teleologische Auffassung hinsichtlich der Ziele und Methoden

wissenschaftlicher Forschung wird Anlaß zum Widerspruch geben. — Das Buch erschöpft sich schließlich nicht in Kritik. Es sucht und weist Wege zu neuem Aufbau durch Erziehungsarbeit. Indem es sich an diejenigen Ärzte wendet, die das Bestehen von Schwierigkeiten im ärztlichen Denken anerkennen — und wer vermöchte die Notwendigkeit einer den Zeit- und Lebensbedingungen angepaßten Orientierung abzuleugnen —, gibt es diesen nicht nur eine Fülle anregender Gedanken und wertvollsten Wissensstoffes, sondern auch die Begründung einer idealen Berufsauffassung. Den historischen Abschnitt und die Anmerkungen wird jeder gebildete Laie nur mit Genuß lesen können. In seiner Auswirkung wird dieser „Beitrag zur Kenntnis ärztlichen Denkens" zu einem rühmlichen Zeugnis ärztlicher Kultur. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

IV. Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie.

255. Sievers, R., Vorschläge zur Sensibilitätsprüfung. Münch. med. Wochenschr. **67**, 282. 1920.

Als Untersuchungsinstrument für die Tastempfindung wird die Spitze des roten Dermographen benutzt, der das an der jeweiligen Stelle ermittelte Resultat auf die Haut mit den Zeichen | = anästhetisch, + = hypästhetisch, ⧺ = normal, ∅ = hyperästhetisch aufträgt. Auf die Zweckmäßigkeit der Fragestellung ist zu achten. Man soll nicht konzentrisch nach dem Ausfallsgebiet oder exzentrisch ins Gesunde hinein vorgehend untersuchen, sondern willkürlich mit möglichst großen Abständen. Die mit den Dermographenstr chen bedeckten Körperteile werden dann von verschiedenen Seiten photographiert (2—4 Aufnahmen). (Das Verfahren ist wohl hauptsächlich für den untersuchenden Chirurgen bestimmt. Der Neurologe wird für genauere Untersuchungen der Tastempfindung wohl den Pinsel und die Übertragung in ein Schema vorziehen.) Die Umständlichkeit und Kostspieligkeit des Verfahrens ist erwähnt.

Krambach (Berlin).

256. Schultze, Friedrich, Über rheumatische Lumbago. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1109. 1920.

Schultze beschreibt in ausführlicher Weise seine eigene Lumbago auf Grund schärfster Selbstbeobachtung und kommt zu dem Resultat, daß bei ihm der Ileopsoas den Krankheitssitz darstellt. Die im Anfang angeschuldigten Streckmuskeln waren frei. Der Annahme primärer Veränderungen der sensiblen Muskelnerven steht entgegen, daß mit fortschreitender Erfahrung die Zahl reiner Neuralgien sich immer mehr verringerte, daß die Lumbago hauptsächlich Bewegungsschmerzen aufweist und bei der bekanntesten Hinterwurzelerkrankung, der Tabes, Lumbagoschmerzen nicht vorkommen. Gichtische Anlage fehlte bei Sch. Der Einfluß von Erkältungen war sicher. Therapeutisch bewährte sich am meisten Föhndusche, Thermogenwatte, Diathermie, Salicylpräparate und Novatophan, nicht halfen heiße Bäder und Massage. Krambach (Berlin).



257. Gerhardt, D., Über das Verhalten der Kniebeuger bei der Ischiadicuslähmung. Neurol. Centralbl. **39**, 322. 1920.

Bei einem Mann, der wegen Ileuserscheinungen befundlos laparotomiert wird, bildet sich eine Paraplegie der Beine, Blasen-, teilweise Mastdarmlähmung aus, Hypästhesie vom Nabel abwärts, Sphincter ani schwach, Analreflex deutlich, Eiweiß im Liquor. Sektion ergibt Pachymeningitis im Bereich des 7.—9. Brustwirbels. Bauchreflexe fehlten, Scrotalreflex +, Knie- und Achillesreflex lebhaft, Babinski 0. Mit zunehmender Paraplegie Knie und Achillesreflex 0. Beim Fußsohlenbestreichen keine Fußzehenbewegungen, aber lebhafte Zuckung in Adductoren und Oberschenkelbeugern- in denselben Muskeln Zuckung bei Beklopfen der Kniesehne. Nirgends EaR. — Der Fall stellt einen Beitrag dar zu der von G. bereits beschriebenen verschiedenen Widerstandsfähigkeit der einzelnen Muskeln bei Schädigung der motorischen Nerven. Im Ischiadicusgebiet ist die Peroneusgruppe am empfindlichsten, weniger die Tibialismuskeln, am widerstandsfähigsten die Oberschenkelbeuger. Krambach (Berlin).

258. Beaussart, P., Encéphalopathie syphilitique tertiaire. Rev. neurol. **27**, 547. 1920.

Im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen Symptome seitens des Thalamus opticus (halbseitige choreatische Bewegungen und Störungen der Sensibilität, vorzugsweise der Tiefensensibilität, spontane Schmerzen). Occipitalhirnerscheinungen (Heminanopsie und halbseitige optische Halluzinationen), ferner allgemeine und lokalisierte Krämpfe. Bei der Sektion fanden sich keine makroskopisch sichtbaren Herde an den erwarteten Stellen und auch mikroskopisch zeigte sich hier nirgends ein Vorherrschen histologischer Veränderungen gegenüber anderen Hirnteilen. Bostroem (Rostock).

259. De Castro, A., Pseudosyndrome de Tapia. Rev. neurol. **27**, 537. 1913.

Das von Tapia 1906 zuerst beschriebene Symptom besteht in einer einseitigen Lähmung des 11. und 12. Hirnnerven; er unterscheidet dabei eine unvollständige Lähmung, wenn nur Stimmband und Zunge befallen und eine vollständige, wenn außerdem noch Sternocleidomastoideus und Trapezius beteiligt sind. In dem vorliegenden Falle handelt es sich um eine Tabica mit einer zentral bedingten Stimmbandlähmung, während die übrigen zum Syndrom gehörenden Lähmungen unabhängig davon als Folge einer peripheren Verletzung entstanden sind, daher also „Pseudotapia". Bostroem (Rostock).

260. Popper, Erwin, Lidnystagmus und inkomplette Ptosis. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **58**, 49. 1920.

Fall von multipler Sklerose mit Lidnystagmus an einem ptotischen Augenlid. Der Lidnystagmus kann vereinzelt auch ohne Bulbusnystagmus auftreten. Er wird aufgefaßt als eine durch sekundären Diffusionsreiz bewirkte Mitbewegung. Hervorgehoben wird weiter, daß ein bereits geschädigter motorischer Kern (Ptosis!) für eine Reizdiffusion empfänglicher erscheint als ein gesunder Kern. Bostroem (Rostock).

261. Meyersohn, F., Tabes und Osteomalacie I. D. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **57**, 71. 1920.

Nach einer Zusammenstellung der bei oder infolge von Tabes beob-



achteten Erkrankungen von Drüsen mit innerer Sekretion oder des Stoffwechsels wird die Krankengeschichte einer 54jährigen Tabica mitgeteilt, die gleichzeitig an Osteomalacie leidet: 1886 Lues, 14 Kinder, 2 Aborte. 1903 Nierenblutung während Gravidität. 1907 Beginn der Osteomalacie. Beschwerden während der letzten Gravidität. 1909 spastische Paraparese mit Pupillenstarre, bettlägerig bis 1917, bis 1918 Besserung. 1919 Diagnose Tabes auf Grund von Pupillenstörungen, fehlenden Patellar- und Achillessehnenreflexen, Kältehyperästhesie und Blasenschwäche. 4 Reaktionen negativ. Außerdem bestand Osteomalacie (Druckempfindlichkeit der Knochen, Spontanfraktur, Kartenherzform des Beckens). Ein Zusammenhang der beiden Erkrankungen wäre evtl. durch eine tabische Erkrankung eines hypothetischen vegetativen Zentrums im Zwischenhirn zu erklären. Verf. lehnt für den vorliegenden Fall einen derartigen Zusammenhang ab, und hält die Kombination einer Tabes und Osteomalacie, die übrigens noch niemals beobachtet ist, für ein rein zufälliges Zusammentreffen.

Bostroem (Rostock).

262. v. Gröer und A. F. Hecht, Die Methodik und Ziele der pharmakodynamischen Untersuchungen an der lebenden Haut. Ges. d. Ärzte in Wien, 9. April 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 392. 1920.

Intracutan injizierte pharmakodynamisch wirksame Körper bewirkten Gefäßkonstriktion, Gefäßdilatation oder eine Quaddel als Ausdruck der lymphagogen Wirkung, welch letztere namentlich durch fast alle Alkaloide hervorgerufen wird. Morphinisten zeigten starke Unterempfindlichkeit gegen intracutane Morphiuminjektion; diese Erscheinung — rasches Wiederheben der normalen und sogar gesteigerte Morphiumempfindlichkeit bei Morphiumentziehungen — dürfte praktische Bedeutung haben und ein neues Licht auf das Wesen der Morphiumempfindlichkeit werfen.

Aussprache: Peller schließt aus seinen Versuchen, daß Adrenalin fast sofort auf das Herz und erst später und nachhaltiger auf die periphere Gefäß- und glatte Hautmuskulatur einwirkt.

Königstein berichtet, daß dunkle Hautstellen empfindlicher sind als lichte. Jodpräparate, die von der Haut aus einverleibt wurden, wurden von weißen Kaninchen doppelt so langsam ausgeschieden wie von dunklen Tieren.

Hecht (Schlußwort) erwähnt, daß sich die Morphiumreaktion als unspezifisch erwiesen hat und daß Morphinisierte gegen intracutan eingebrachtes Morphin unempfindlich sind.

J. Bauer (Wien).

263. Jenny, Ed., Der Aschnerreflex im Kindesalter. (Kinderspital Basel: E. Wieland.) Arch. f. Kinderheilk. **68**, 64. 1920.

Der Aschnerreflex besteht in einer Pulsverlangsamung bei Druck auf das Auge. Zentripetaler Teil der Bahn ist Trigeminus, zentrifugaler der Vagus. Der Reflex steht in Parallele zum Kratschmerschen Atmungsreflex: Atmungsstillstand und Pulsverlangsamung nach Reizung der Nasenschleimhaut durch Gase oder mechanische Mittel. Verf. gibt einen Überblick über die Geschichte des Aschnerreflexes. Untersuchungen an 250 kranken und nervösen Kindern von 3 Monaten bis zu 15 Jahren ergaben folgendes: Nur 4,4% hatten negativen Aschner, 95,6% dagegen positiven zum Teil (55,2%) sogar stark bis sehr stark positiven. Der Aschnerreflex ist somit ein im Kindesalter physiologischer Reflex und ist für das vegeta-



tive Nervensystem das Analogon zum Patellarreflex für das motorische. Der negative Ausfall betraf Kinder mit Meningitis tuberculosa, toxischer Diphtherie und solche ohne organische Erkrankung. Gesteigerter Reflex mit Pulsausfall für mehrere Sekunden oder Verlangsamung um mehr als 20 Schläge fand sich bei einigen Gesunden, bei Vitium cong., bei Vagotonikern, bei Little und am stärksten bei postdiphtherischen Lähmungen (kann hier Frühsymptom sein). Demnach ist eine Verwertung des Reflexes zur Diagnose Vagotonie nur mit Vorsicht möglich. Wichtig kann der Reflex bei latenter Digitalisintoxikation sein, indem diese durch Bulbusdruck manifest wird.

Husler (München).

264. Eiszenmann, O. V., Über die elektrischen Reizpunkte der Fußsohlenmuskulatur. Neurol. Centralbl. **39**, 157. 1920.

Die in den bekannten Schemata noch nicht eingesetzten Reizpunkte der kleinen Sohlenmuskulatur wurden festgestellt. Ihre Kenntnis ist wichtig für Verletzungen in den unteren zwei Dritteln des N. tibialis. Vor der Prüfung ist der Hautwiderstand durch ein Fußbad herabzusetzen.

Krambach (Berlin).

● **265. Erben, Siegmund, Diagnose der Simulation nervöser Symptome auf Grund einer differentialdiagnostischen Bearbeitung der einzelnen Phänomene.** 2. ergänzte u. erweiterte Aufl. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. 249 S. Preis M. 38,—.

Eine Fülle von Tatsachen ist zusammengetragen, wie man nervöse Erscheinungen aller Organe von Vortäuschungen unterscheiden kann. Der Schwerpunkt des Buches liegt auf der neurologischen und internistischen Diagnostik, die psychiatrischen Kapitel sind ganz kurz und in jeder Beziehung äußerst dürftig geraten. Die wichtigsten Fragen, wie die der Ganserschen Zustände, der Pseudodemenz, der Haftpsychosen werden überhaupt nicht berührt; was aus psychiatrischen Büchern übernommen ist, wurde vielfach mißverstanden, so wenn den verblödeten Epileptikern eine „tiefe Religiosität“ nachgesagt wird. Auch in anderen Teilen des Buches, vor allem natürlich bei der Frage der Unterscheidung hysterischer und simulierter Erscheinungen, macht sich das Fehlen psychiatrischen Denkens störend bemerkbar.

Kurt Schneider (Köln).

266. Keller, Koloman, Über die visuellen Erscheinungen der Migräne. Neurol. Centralbl. **39**, 148. 1920.

Mitteilung eines Falles, der Gelegenheit bot, die Migränehemianopsie im Anfall zu untersuchen. Es fand sich normale Lichtreaktion vom intakten und hemianopischen Pupillargebiet. Nach Besprechung der in der Literatur niedergelegten Hypothesen kommt Keller zu folgendem Ergebnis: Die bei Migräne vorkommenden homonymen Migränehemianopsien entstehen teilweise in der Gegend des Sehzentrums, andere sind ihrer Entstehung nach in die Gegend des Chiasma und Tractus zu lokalisieren. Die Migräneskotome sind meist negative farbige Skotome, in denen Objektwahrnehmung fehlt. Statt der Färbung wurde regelmäßig graue Verdunklung beobachtet. Also auch zentrale Skotome können neben dem Nichtsehen eine Verdunklung darstellen.

Krambach (Berlin).



267. Fischer, L., Klinische psychopathologische, und anatomische Beiträge zur Dystrophia myotonica. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **58**, 254. 1920.

Bei einem Falle typischer Dystrophia myotonica wurden periodische, offenbar endogen auftretende psychische Störungen vorzugsweise auf affektivem Gebiet beobachtet. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich dabei nicht um ein zufälliges Zusammentreffen der beiden Erkrankungen, sondern um einen gemeinsamen Ursprung, der im Zentralnervensystem seinen Sitz haben muß, wenn auch bis jetzt anatomische Veränderungen im Gehirn nicht nachgewiesen werden konnten. Auch in einem anderen Fall, der zur Obduktion kam, konnte nur eine einfache Atrophie der Muskulatur festgestellt werden. Bostroem (Rostock).

268. Kron, H., Zur Diagnostik der Zahnneuralgien. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 516.

Nicht jeder schmerzende Zahn ist krank; es bestehen reflektorische Beziehungen zwischen den Zähnen und anderen Gebieten des Trigeminus. Charakteristisch sind psychogene Zahnschmerzen, die geringer als die anderen Zahnschmerzen sind und unter entsprechender psychogener Aufmachung auftreten. Eugen Kahn (München).

269 Auerbach, S., Die spastischen Lähmungen und das Gesetz der Lähmungstypen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 63. 1920.

Der sog. Prädilektionstypus der hemiplegischen Lähmung erklärt sich aus dem vom Verf. „für alle typischen Lähmungsformen der gesamten Neuropathologie aufgestellten Gesetze: diejenigen Muskeln bzw. Muskelgruppen erlahmen am raschesten und vollkommensten bzw. erholen sich am langsamsten und am wenigsten, die die geringste Kraft (ausgedrückt durch das Muskelgewicht) besitzen und ihre Arbeitsleistung unter den ungünstigsten physikalischen, physiologischen und anatomischen Bedingungen zu vollbringen haben, während die in dieser Beziehung besser gestellten Muskeln von der Lähmung größtenteils verschont bleiben“. Das Walten dieses Gesetzes wird an den Verhältnissen der typischen Hemiplegie und auch der mitunter Abweichungen darbietenden cerebralen Kinderlähmung im einzelnen dargetan, andere Theorien abgelehnt. Die Contractur bei Pyramidenläsion wird in Anlehnung an Hitzig und v. Monakow erklärt durch Eintreten einer Erregbarkeitssteigerung der subcorticalen Bewegungsapparate infolge Ablenkung der erhaltenbleibenden sensiblen corticalen Erregungen zu diesen Zentren hin bei gesperrtem Abfluß in die normalen cortifugalen Bahnen; „hierbei müssen wieder die voluminöseren kräftigeren Muskeln das Übergewicht erlangen und die spezielle Contracturstellung bestimmen, und zwar um so mehr, je leichter ihnen ihre Arbeitsleistung in physikalischer und physiologischer Beziehung fällt.“ Lotmar (Bern).

270. McDonagh, Frühe Nervensyphilis nach Arsenobenzol. Journ. of Derm. and Syph. **22**, 29. 1920.

Am frühzeitigsten tritt die Paresis des Facialis auf; sie wird beobachtet nach der 1., 2. oder 3. Injektion von Arsenobenzol. Charakteristisch ist, daß die Paresis plötzlich einsetzt, meist in den Fällen, die gerade generali-

siert sind, daß die Paresis von keinen anderen nervösen Symptomen gefolgt ist, daß sie mit der Zeit völlig verschwindet, und daß es unmöglich ist, zu entscheiden, ob die Läsion primär neuritisch oder meningeal ist. Die Behandlung soll energisch fortgeführt werden. Die Paresis des 8. und 2. Nerven war früher gewöhnlicher als jetzt. Als es üblich war, nur 2 Injektionen zu verordnen, trat die Läsion, welche unveränderlich meningealen Ursprunges war, einige Wochen nach der letzten Injektion auf und befiel hauptsächlich Kranke mit papulösem Syphilid. Paresis dieser beiden Hirnnerven ist meistens kennzeichnend für eine weitverbreitete cerebrospinale Meningitis. Die paretischen Symptome erscheinen zwischen der 12. bis 24. Woche nach der letzten Injektion. Die hämorrhagische Encephalitis endigt gewöhnlich letal am 3. Tage, welcher der 2. oder 3. Injektion folgt. Die Schuld liegt bei der toxischen Wirkung des Arsens auf das Endothel der Gefäße. Die wichtigste Gruppe sind die Meningitisfälle. Die Meningitis kann so akut sein, daß sie den plötzlichen Tod des Kranken nach sich zieht, oder so gering sein, daß sie klinisch kaum festzustellen ist, oder sich nur im Liquor kenntlich machen. Die nervösen Symptome können außerordentlich mannigfaltig sein, charakteristisch sind nur 1. Kopfschmerzen, 2. Schlaflosigkeit und 3. Amnesie. Frühe hämorrhagische Encephalitis ist weniger leicht zu fürchten, wenn kolloidales Jod intravenös injiziert wird vor dem Arsenobenzol, und wenn die maximalen Dosen von Arsenobenzol von vornherein gegeben werden und so schnell wie möglich nacheinander. Späte hämorrhagische Encephalitis, Hemiplegie und Paraplegie befallen meist Individuen mit ulceröser und maligner Syphilis. Anstatt den Kranken zu kräftigen, schädigt in solchen Fällen eine zu intensive Behandlung. Die degenerativen Gefäßveränderungen scheinen eher einzutreten, wenn die Behandlung die schwache Widerstandskraft des Kranken überschreitet. Deshalb ist es am besten, in solchen Fällen Arsenobenzol einen über den anderen Tag zu geben in Dosen nicht über 0,1 6 mal oder mehr. Quecksilber ist fortzulassen, kolloidales Jod dagegen sollte ausgiebig verwandt werden und Roborierung des Kranken. Um Meningitis zu verhüten, sollte man 2 oder 3 Einspritzungen von Intramine (?) dem Arsenobenzol anschließen, weil Intramine metallische Vergiftung verhütet; alle Arsenobenzolinjektionen, die man beabsichtigt zu geben, in einer Tour verordnen; man vermeide Quecksilber zugleich mit Arsenobenzol; man behandle jeden Fall von Syphilis intermittierend 2 Jahre nach dem Abschluß der Arsenobenzol- und Intramine-Injektionen mit Quecksilber, Intramine und kolloidalem Jod. Sprinz (Berlin).

271. Rohde, M., Über einen Fall von Polioencephalitis acuta haemorrhagica superior mit anschließendem postinfektiösem Schwächezustand bei Influenza. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 50. 1920.

Durch den Titel ausreichend gekennzeichneter, in Heilung ausgegangener Fall ohne Besonderheiten. Lotmar (Bern).

272. Knapp, A., Die proximale cerebrale Armlähmung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 33. 1920.

Während Bonhoeffer und v. Monakow für die corticalen Armlähmungen annahmen, daß sich ihr Typus von dem der auf Leitungsunter-



brechung (Pyramidenläsion) beruhenden Lähmungen nicht unterscheide, haben **Wernicke**, **Förster**, **Söderbergh** und **Bergmark** das Vorkommen einer corticalen Lähmung nach Gliedabschnitten beobachtet, und auch Verf. hat schon 1906 und 1907 Fälle von proximalem Typus der Armlähmung vorgestellt. Diese Beobachtungen stehen im Einklang mit den Anschauungen der Hirnphysiologie, welche eine Projektion der verschiedenen Muskeln und Muskelgruppen, auch des Armes und Beines, auf die vordere Zentralwindung lehrt, wie auch mit den Ergebnissen der elektrischen Rindenreizung am Menschen. In vorliegender Arbeit werden zwei neue Fälle jener Art mitgeteilt.

Fall 1: Infolge von Zirkulationsstörungen im Gehirn, wahrscheinlich einer Encephalomalacie stellte sich nach vorübergehenden Jacksonschen Anfällen eine brachiocrurale Monoplegie ein, mit anfänglicher kurzdauernder Schädigung der Gesichtsinnervation. Die Lähmung des linken Armes und Beines war längere Zeit eine schlaffe, und mit Sensibilitätssstörungen besonders der Lageempfindung, Berührungsempfindung, vorübergehend auch der Schmerzempfindung verbunden. Nachdem zunächst die Lageempfindungsstörungen in den Fingergelenken fast völlig verschwunden waren, während sie in den großen Armgelenken noch hochgradig blieben, bildete sich eine proximale Armlähmung aus, besonders im Schulter- und Ellbogengelenk, während die Fingerbewegungen und die Bewegungen im Handgelenk ganz unbeeinträchtigt waren. Die Paresen am Bein waren gleichfalls sehr schwer. Am Bein und den gelähmten Armabschnitten entwickelte sich zum Schluß der Prädilektionstypus.

Fall 2: Durch Neissersche Schädelpunktion und durch Gehirnpunktion nach operativer Schädeleröffnung festgestellte apoplektische Cyste im Mark der linken Zentralwindungen unmittelbar unter der unveränderten Hirnrinde, nach mehreren apoplektischen Insulten mit Jackson-Anfällen zurückgeblieben. Während bei der Hemiplegie anfangs der Facialis besonders betroffen und unter den gelähmten Muskeln des Armes die Fingermuskeln am meisten geschwächt und das Bein nur leicht gelähmt war, änderte sich der Lähmungstypus nach der Punktion der Cyste in der Weise, daß das Gesicht fast unbeschädigt, die Finger von annähernd normaler Funktion, die Massenbewegungen im Ellbogen- und noch mehr im Schultergelenk hochgradig beeinträchtigt und die Lähmungserscheinungen am Bein nur wenig ausgesprochen waren. Am Bein und an den gelähmten Armabschnitten war der Prädilektionstypus vorhanden. Die Sensibilität war abgesehen von geringen Lokalisationsstörungen am rechten Arm und zeitweiligen Parästhesien im rechten Fuß normal.

Verf. vergleicht mit den 2 Fällen eingehend die übrigen 18 bisher veröffentlichten Fälle von proximalem Armlähmungstypus. Von diesen 20 Fällen sind 16 autoptisch bzw. bioptisch (operativ) kontrolliert, unter welchen obiger Fall der einzige ist, in welchem die Schädigung nicht in oder auf der Rinde selbst, sondern unmittelbar unter der makroskopisch unveränderten Rinde ihren Sitz hatte. Die Fingerbewegungen waren trotz der erheblichen Lähmung der Schulter entweder völlig frei, oder wenigstens viel weniger betroffen als Schulter und Oberarm. Bei fast allen Fällen war das Bein mitgelähmt. Die proximale Armlähmung wird dann eintreten, wenn der Herd an der Naht zwischen den obersten Foci der Armregion und den untersten Foci des Beinzentrums (für Hüfte, Knie) liegt, wie es auch in den kontrollierten Fällen der Fall war. Meist handelte es sich um Tumoren, seltener um Erweichungen oder Traumen. In der Regel ist in den gelähmten Muskelgruppen der Prädilektionstypus zu erkennen.

Lotmar (Bern).



273. Weinberg, F., und F. Hirsch, Hemiatrophia facialis progressiva bei chronischen Lungenaffektionen, ein Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese des Leidens. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 204. 1920.

Die Verff. berichten über 5 Fälle, wo die Hemiatrophia facialis während einer chronischen Lungenaffektion eingesetzt hat und wo ein Zusammenhang mit dem Lungenprozeß nach Ansicht der Verff. sehr wahrscheinlich ist. Im ersten Falle war es ein 16jähriger Knabe, bei dem sich nach rechtsseitiger Rippenfellentzündung mit konsekutiver starker Schwartenbildung eine rechtsseitige progressive Gesichtshemiatrophie mit oculo-pupillären Symptomen (rechts Lidspalte und Pupille etwas weiter als links, rechts leichter Exophthalmus) entwickelt hat. Der zweite Fall betraf einen 41jährigen Mann, bei dem im Anschluß an linksseitige Rippenfellentzündung mit Schwartenbildung das Auftreten von linksseitiger Gesichtshemiatrophie mit Augensymptomen (linke Lidspalte enger, links Exophthalmus) beobachtet wurde. Im Falle 3 war es eine 47jährige Frau, bei der nach rechtsseitiger Pleuritis mit Schwartenbildung eine rechtsseitige Hemiatrophie mit oculo-pupillären Symptomen (rechte Pupille enger als die linke, rechte Lidspalte weiter als die linke) aufgetreten ist. Fall 4 betraf eine 39jährige Frau, bei der sich nach linksseitigem Lungenspitzenkatarrh und linksseitiger pleuritischer Schwartenbildung eine linksseitige Hemiatrophie mit oculo-pupillären Symptomen (rechte Pupille weiter als die linke, rechte Lidspalte ebenfalls weiter, rechts leichter Exophthalmus) herausgebildet hat. Im 5. Fall bestand bei einem 53jährigen Mann zugleich mit ausgedehnter Schwartenbildung des rechten Brustfells rechtsseitige Gesichtsatrophie ohne Augensymptome. — Die Verff. nehmen an, daß primär eine Sympathicusschädigung infolge des chronischen Lungenprozesses bestehe, die dann sekundär, vielleicht auf dem Wege über die Vasomotoren, die Hemiatrophie auslöse. Die in 4 von 5 Fällen der Verff. beobachteten oculo-pupillären Symptome sprechen für die Sympathicustheorie. Klarfeld (Breslau).

274. Ganter, G., Beitrag zur Pseudo-tabes spondylosique (Babinski). Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **66**, 16. 1920.

Ein 35jähriger Mann hatte 1914 eine Blinddarmoperation durchgemacht; Januar 1918 Operation der aufgetretenen Narbenhernie mit anschließender langwieriger Eiterung. Anfang März 1918 heftige Schmerzen im Kreuz, die nach den Beinen ausstrahlen und zeitweise lanzinierenden Charakter haben. Vorübergehend heftige Schmerzen im Genick, in den Schulter- und Kiefergelenken. Keine Blasen- und Mastdarmstörung. Mäßige Kyphose der Brustwirbelsäule, Schmerzhaftigkeit der unteren Brust- und Lendenwirbelsäule bei Bewegungen und auf Druck. Neurologisch Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits, mäßiger Lasègue, sonst ohne Besonderheiten. Normaler Liquor, WaR. im Blut negativ. Zunahme der Schmerzen im Rücken, Ende Mai 1918 Versteifung der unteren Brust- und Lendenwirbelsäule, starke Kyphose der Brustwirbelsäule. Der Kranke steht mit vornübergeneigtem Körper, Hüft- und Kniegelenke sind leicht gebeugt, die Halswirbelsäule ausgiebig nach hinten gebeugt; Gang schleichend, unsicher, mit kleinen Schritten, unter Steifhaltung der Wirbelsäule, mit zwei Stöcken. Atrophie der Beinmuskulatur. Röntgenologisch geringe Verschattung der Felder zwischen den Fortsätzen der aufeinanderfolgenden Lendenwirbel, deutliche Aufhellung der Wirbelkörper und Fortsätze. — Im weiteren Verlaufe Nachlassen der Schmerzen, Zurückgehen der Atrophie der Beinmuskulatur, sonst keine Besserung.



Es handle sich um eine typische Strümpell-Bechterewsche Erkrankung, eine Spondylose rhizomélique; das atypische Fehlen der Sehnenreflexe sei auf eine Kalkablagerung in den Bändern der Wirbelsäule und eine dadurch verursachte Verengerung der Austrittskanäle der Nervenwurzeln zurückzuführen. Es handle sich somit um eine Druckneuritis, die einerseits Schmerzen, andererseits einen Ausfall der Reflexe zur Folge hatte. Diese Komplikation sei recht selten, aber typisch und sei von Babinski unter dem Namen Pseudotabes spondylosique beschrieben worden.

Klarfeld (Breslau).

275. **Erben** (Wien), **Die krankhaften Veränderungen des Ganges.** Med. Klin. **19**, 497. 1920.

Darstellung der verschiedenartigen Formen der Gangstörung unter dem Gesichtspunkt der Differentialdiagnose zwischen echten und simulatorischen Abweichungen. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

276. **Erben, Siegmund** (Wien), **Über das Zittern.** Med. Klin. **10**, 254. 1920.

Es handelt sich im wesentlichen um Wiedergabe von Methoden zur Entlarvung von Simulanten. Auf das Wesen der einzelnen Formen des Zitterns geht der Verf. bei Verfolgung therapeutischer Ziele nur sehr kursorisch ein. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

277. **Brunschweiler, Un cas de troubles physiopathiques ou troubles nerveux d'ordre réflexe. Hypothèse sur la pathogénie de ces troubles.** Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie **6**, 253. 1920.

Schwieriger, ungeklärter Fall von spastischer Lähmung der unteren Extremitäten und schwerster Veränderung einer Hand im Sinne einer Trophoneurose. Ablehnung der Syringomyelie-Diagnose. Auseinandersetzung mit der Oppenheimschen Reflexlähmung, Babinskis Theorie und dem Begriff der Quellung. Interessante Entstehung der Erkrankung (Biß eines Pferdes und danach schwere affektive Vorgänge). Interessante therapeutische Versuche mit Erfolg. W. Mayer (München).

278. **Monar, Carl, Über die Gefahren der Lumbalpunktion.** Allg. Zeitschr. f. Psych. **76**, 293. 1920.

Erörtert die im Anschluß an die Lumbalpunktion aufgetretenen Schädigungen und Todesfälle, sowie deren Ursachen, um dadurch Anhaltspunkte zur Vermeidung der Gefahren zu erlangen. Berichtet über einen eigenen Todesfall, bei welchem die Differentialdiagnose zwischen Meningitis und Stirnhirntumor unentschieden geblieben war. Teilt ferner kurz einen Fall von ungünstigen Folgeerscheinungen mit: neben Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwächegefühl und Schmerzen an der Einstichstelle linksseitige Abducenslähmung, die 3 Wochen lang bestehen blieb. Stellt im Anschluß hieran nochmals die von allen Autoren geforderten Vorsichtsmaßregeln zusammen und warnt insbesondere vor ambulanter Ausführung der Lumbalpunktion. Haymann (Kreuzlingen).

279. **Westphal, A., Über Pupillenphänomene bei Katatonie, Hysterie und myoklonischen Symptomenkomplexen.** Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 187. 1920.

Wie drei aus dem Krankenbestand der Bonner Klinik innerhalb einiger

Wochen herausgegriffene Fälle lehren, ist das von E. Meyer zuerst beschriebene Iliakalsymptom (Erweiterung und Lichtstarrwerden der Pupille bei Druck auf die Iliakalpunkte) bei Dementia praecox keine ganz seltene Erscheinung. Weiter lehren die Beobachtungen, daß zwischen jenem Symptom und der vom Verf. beschriebenen „katatonischen Pupillenstarre" ganz nahe Beziehungen bestehen. Die Verwandtschaft der katatonischen und hysterischen Pupillenstörungen ist auch darin vollkommen, daß in gewissen Fällen von Hysterie, welche im Anschluß an Anfälle Lichtstarre zeigen, außerhalb der Anfälle Pupillenerweiterung und -verziehung mit Lichtstarre durch Iliakaldruck hervorgerufen werden kann, wie eine mitgeteilte Beobachtung belegt. Die Hervorrufung der „katatonischen Starre" durch sensible Reize bietet der Erklärung noch Schwierigkeiten. Das Auftreten und Verschwinden derselben hängt wesentlich vom allgemeinen psychischen Zustand ab; die Pupillenstarre bei Katatonie und Hysterie steht in engem Zusammenhange mit corticalen Erregungen und den durch diese bedingten vasomotorischen Störungen. Ganz entsprechende Pupillenstörungen kommen auch bei anderen Zuständen vor, in denen abnorme Innervationsvorgänge des Muskelapparates in Gestalt myoklonischer Zuckungen im Mittelpunkt stehen (Myoklonusepilepsie und Verwandtes). In all diesen Vorkommnissen bildet die Lichtstarre übrigens nur die Teilerscheinung einer absoluten Starre, wenn auch bei Katatonie relativ häufig das Erhaltensein der Konvergenzreaktion bei Fehlen der Lichtreaktion vorübergehend beobachtet wird. Lotmar (Bern).

280. Mendel, Kurt, Intermittierendes Blindwerden. Neurol. Centralbl. **39**, 503. 1920.

Nach Mitteilung eines bereits veröffentlichten Falles (s. ds. Referate **13**, 274; 1917) von intermittierendem Blindwerden, das als Ermüdungssymptom bei einem durch einen Unfall neurasthenisch gewordenen Individuum aufgefaßt worden war, bringt Mendel einen zweiten Fall: 13jähriger Knabe mit körperlichen Degenerationszeichen (Gaumenspalte, Hasenscharte, Iriskolobom) bekommt im unmittelbaren Anschluß an einen Schlag gegen die linke Schläfengegend Anfälle von Sehstörung, die sich 1—3 mal wöchentlich ohne erkennbare Ursache wiederholen: Schmerz und Blenden vor den Augen, allmähliche Abnahme des Sehvermögens bis zur völligen Blindheit (nach 5 Min.), Dauer $^1/_4$—$^1/_2$ Std., dann beginnt er ziemlich plötzlich wieder zu sehen und hat nach 1 Min. sein früheres Sehvermögen. Sonst nichts Krankhaftes, keine Zeichen von Hysterie. M. faßt in diesem Fall wie im ersten das Blindwerden als Ermüdungssymptom der Sehrinde auf, bei einem von Haus aus invaliden, durch eine Kopfverletzung weiterhin geschädigten Individuum (wahrscheinlich auf vasomotorischen Störungen beruhend) und hält die Abgrenzung dieses Ermüdungstypus von den hysterischen Formen der Amaurose berechtigt. Krambach.

281. Dimitz, Ludwig, und Schilder, Paul, Über Pupillennystagmus. Neurol. Centralbl. **39**, 562. 1920.

1. 16jähriges Mädchen erkrankt an Encephalitis epidemica mit Psychose: Ptosis beider Augenlider, Parese der Augensenker und des Rectus intern. links. Zwangshaltung von l. Arm und Kopf. Drei Tage vor dem Exitus Schwäche der Außenwender beider Augen (Bulbi in Konvergenzstellung), rhythmischer Konver-

genz- und rotatorischer Einwärtsnystagmus beider Augen und synchrone nystagtische Pupillenkontraktionen (Ausmaß von ca. 2 mm). Gleichzeitig Zuckungen im Orbicularis. Bei Vestibularisprüfung allmähliche Deviation der Augen nach der Seite der Kaltspülung. — 2. Bei einer Gravida m. VIII wird wegen Eklampsie die Geburt künstlich beendet; beim Erwachen aus der Bewußtlosigkeit finden sich Reste einer Blicklähmung nach rechts, Nystagmus in verschiedenen Richtungen, Stauungspapille, Facialisparese links, schwerfällige Sprache, zeitweise Athetose und Parese des rechten Arms, schwere Parese des rechten Beins (keine spastischen Reflexe), fehlende Bauchdeckenreflexe, fehlender linker Cornealreflex, Hypästhesie der rechten Körperhälfte. Die Hemiparese bildet sich allmählich zurück. Fünf Monate später wird ein merkwürdiges Symptom festgestellt: Es besteht, an beiden Augen verschieden, eine große Mannigfaltigkeit an Nystagmusphänomenen (rotatorius, alternierender horizontaler und vertikaler), am linken Auge außerdem ein gröberer Pupillennystagmus synchron dem Nystagmus nach oben. Später kommen Facialiszuckungen dem horizontalen Nystagmus-synchron hinzu.

Die beiden Fälle beweisen, daß es einen Pupillennystagmus gibt, der synchron dem des Bulbi sich verhält. Die Läsion ist in beiden Fällen in die Verbindung Nucleus Deiters — Augenmuskelkerne zu verlegen.

Krambach (Berlin).

282. Blumenthal (Koblenz), **Ungleichheit der Pupillen bei Erkrankungen von Lungen und Rippenfell.** Med. Klin. **5**, 122. 1920.

Daß krankhafte Prozesse in der Gegend der Pleurakuppel einseitige Sympathicusreizung und damit einseitige Pupillenerweiterung hervorrufen können, ist nicht zu bezweifeln. Daß diese Lungenprozesse die häufigste Ursache einseitiger Pupillenerweiterung ohne Störung der Reaktion sind, wie Verf. behauptet, und daß das Symptom damit pathognomonischen Wert erhält, bedarf weiterer Nachprüfung. Häufiger als einseitige Pupillenerweiterung kommt nach den Erfahrungen des Ref. die doppelseitige Mydriasis bei Lungenerkrankungen vor, wobei die ätiologischen Bedingungen bisher keineswegs völlig geklärt sind. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

283. Hitzenberger, K., Über myotonische Dystrophie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 249. 1920.

Verf. schildert folgenden typischen Fall mit Sektionsbefund: 38jähriger Mann, Familienanamnese belanglos. Krankheitsbeginn vor 15 Jahren mit myotonischen Erscheinungen beim Faustschluß. Allmählich Schwäche der Arme, später auch Abmagerung derselben, seit 3 Jahren auch Schwäche der Beine. Seit 1/2 Jahr Schluckbeschwerden. Seit Beginn auch Schwäche der Lidheber, Ungelenkheit und Steifheit der Zunge. Objektiv: hochgradige Facialisschwäche beiderseits, starke Abmagerung des Gesichts, Atonie. Zunge zeigt tiefe Zahneindrücke und Runzelung der Oberfläche, weiche Muskulatur. Unterkieferreflex fehlt, Kaumuskeln gut innerviert. Erhöhte myastheniеartige Ermüdbarkeit des Lidhebers beiderseits. Tiefe heisere Stimme, verwaschene lallende Sprache. Starke Atrophie der Schultergürtelmuskeln, Schwund der Strecker am Vorderarm beiderseits, vollkommene Radialislähmung. Kraftloser Faustschluß mit myotonischer Nachdauer. Hochgradige Schwäche aller Bewegungen der Unterextremitäten. Kniesehnenreflexe spurweise erhalten, Achillessehnenreflexe erloschen. Galvanisch, faradisch und mechanisch myotonische Reaktion nur am Daumenballen. Im Radialisgebiet noch Reste indirekter galvanischer und fara-



discher Erregbarkeit ohne Entartungsreaktion. Psychisch nichts Abnormes. Ein Augenbefund konnte nicht erhoben werden (Katarakt?). Hodenatrophie erst postmortal festgestellt. Innere Organe: Lungentuberkulose. Diese war Todesursache. Die Sektion ergab außerdem Darm- und Lebertuberkulose. Ferner die atrophischen Erscheinungen an der Muskulatur. Histologisch fand sich herdweise Verödung der Hodenkanälchen, mit allgemeiner Reduktion der Spermatogenese, Zwischenzellen vorhanden. Normal waren histologisch die Epithelkörperchen, Schilddrüse, Pankreas, Nebennieren, Thymus. Im Rückenmark keine Strangdegenerationen, dagegen in der Halsanschwellung Zellatrophie und Zellarmut im Vorderhorn. Auch im Facialiskern viele Zellen mit Schrumpfungserscheinungen, unregelmäßig konturiertem wandständigem Kern und Tigroidschollenverlust. Besonders eingehend wird der histologische Befund der Muskulatur, von Erdheim untersucht, an Hand zweier Tafeln geschildert: Hypertrophie, Atrophie und degenerative Erscheinungen an den Fasern; enorme Vermehrung der Kerne, besonders in Form von Binnenkernen; Bildung von strukturlosen sichelförmigen Anlagerungen an die Muskelfaser, innerhalb des Sarkolemms gelegen, manchmal vereinzelte Kerne enthaltend; mehr oder weniger hochgradige Wucherung des Perimysium internum. — In der Epikrise wird als auffallend und noch nicht beschrieben die merkwürdige Verteilung der Dystrophie an den Extremitäten bezeichnet: weitgehende Veränderungen an den Unterarmen und -schenkeln (von Dystrophie der letzteren war im Status nichts gesagt; Ref.), bei fehlenden in Oberarmen und Schenkeln. Interesse bietet, daß bei einer elektrischen Untersuchung, welche A. Fuchs 9 Jahre vorher ausführte, neben der myotonischen auch myasthenische Reaktion im Daumenballen nachweisbar war. Zur Zeit von Verf. Untersuchung bestand nur noch erstere, dagegen im Musculus levator palpebrae „deutliche myasthenische Reaktion“ (auch elektrisch? Dies stände im Widerspruch zu den Angaben im Status S. 252 al. 5; der Ref.). Ferner wird hingewiesen auf die Häufigkeit von Tuberkulose in diesen Fällen, welche schon Rohrer sowie Baake und Voss hervorhoben; vielleicht ist sie doch nur eine Folge der schweren Muskelerkrankung, die den Patienten bis zu einem gewissen Grade immobilisiert und vielleicht auch die Atmung erschwert, während Rohrer sie auf die allgemeine angeborene Minderwertigkeit bezogen hatte. Die Befunde am Zentralnervensystem „divergieren ganz gewaltig“ von dem bisher einzigen Obduktionsbefund, den Steinert 1909 erhoben hat: dieser fand im Rückenmark keine Zellveränderungen, dagegen tabiforme Degeneration der Hinterstränge, Verf. das Entgegengesetzte (s. oben). Die Erklärung der Zellveränderungen im Zusammenhalt mit dem Fehlen der Sehnenreflexe bei Abwesenheit von Entartungsreaktion bietet Schwierigkeiten. Die Hodenatrophie sei vielleicht nur Ausdruck des allgemeinen Marasmus, da sie sich ebenso bei Alkoholikern und Senilen findet. Zu den seit den zusammenfassenden Arbeiten von Hauptmann und Rohrer (1916) publizierten Fällen myotonischer Dystrophie (Higier, Hirschfeld, Baake und Voss) will Verf. auch den von Walter in dieser Zeitschr. **34** veröffentlichten Fall einer „wahrscheinlich angeborenen Muskelerkrankung“ rechnen. Lotmar (Bern).



V. Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie.

284. Krisch, H., Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose. Beihefte zur Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Heft 9. 1920.

Der erste Abschnitt behandelt unter der Überschrift „Theoretische Grundlagen" namentlich die Bedeutung konstitutioneller Momente für Entstehung und Gestaltung symptomatischer Psychosen. Es wird bei diesem Anlaß vor einer Überspannung der ätiologischen Bedeutung der inneren Sekretion für das manisch-depressive Irresein (Ewald) gewarnt. Die aus dem Volumverhältnis zwischen Hirn und Schädel erklärbare Neigung des Kindesalters zu Hirndrucksymptomen kann gewissermaßen als ein spezieller, erhaltenbleibender „Infantilismus" auch einmal eine Rolle spielen bei der Auslösung einer symptomatischen Psychose eines Erwachsenen. Wahrscheinlich ist, daß die spezielle Färbung einer symptomatischen Psychose manchmal auch von der psychischen Konstitution abhängt. Es folgt der Abschnitt „Hauptlehrmeinungen", in welchem die Anschauungen von Kraepelin, Bonhoeffer, Specht, Kleist, Ewald, Riese kritisch referiert werden, sodann der Hauptabschnitt „Differentialdiagnose", in welchem diese erörtert wird gegenüber Dementia praecox (hyperkinetische Bilder; Bilder psychomotorischer Akinese), gegenüber chronischen halluzinatorisch-paranoischen Erkrankungen ungünstiger Prognose, gegenüber manisch-depressivem Irresein, progressiver Paralyse, Epilepsie, Hysterie. Die Erörterungen stützen sich hierbei auf die ausführlichen Krankengeschichten von 16 Fällen, über welche hier nur durch Anführung der Diagnosen eine Übersicht gegeben werden soll: Choreapsychose; rezidivierte symptomatische Psychose (Amentiabild) nach Mastitis bzw. Bronchopneumonie; psychomotorische Erregung bei Herzdekompensation; Stupor im Puerperium, Mastitis; Akinese im Anschluß an Deckung eines Schädeldefektes; Stupor bei Myxödem; Halluzinose nach Gallenblasenoperation; Halluzinose nach Typhus; Depression nach Grippe; Angstzustand mit Beziehungswahn bei chronischer Nephrose; durch septischen Prozeß provozierte progressive Paralyse; Landrysche Paralyse mit symptomatischer, an progressive Paralyse erinnernder Psychose; Dämmerzustand nach Jacksonähnlichen epileptischen Anfällen bei Gallenblasenempyem; symptomatische Psychose ohne epileptische Züge bei fieberhafter Erkrankung eines in der Jugend epileptisch Gewesenen; wahrscheinlich symptomatische Psychose (Scheidencarcinom, Coma diabeticum) mit hysterieähnlichen Symptomen. — Was im einzelnen die diagnostische Beurteilung „katatoner" Symptome anlangt, so gibt es kein solches, das nicht auch einmal bei einer reinen symptomatischen Psychose vorkommen könnte (Bonhoeffer). Anderseits scheinen die zitternden deliranten Bewegungen beispielsweise beim Flockenlesen eine spezifische exogene Bedeutung zu haben. Pathognomonische Motilitätsstörungen sind nur die choreatischen. Immerhin kommen ausgesprochenes anhaltendes Grimassieren, andauernde vertrackte, verschrobene Bewegungen, tagelange Stereotypien bei symptomatischen Psychosen nicht vor. Eine Einzeluntersuchung führt aber häufig noch nicht zur Entscheidung. Spucken,

Speichelfluß, Echolalie, Echopraxie sind bei symptomatischen Psychosen keineswegs ungewöhnlich. Wichtige Merkmale gegenüber Katatonie liegen im Bestehen deliranter psychischer oder motorischer Erscheinungen, einer Bewußtseinstrübung nebst Desorientiertheit und Amnesie für die Psychose, dann im Verlauf (selten mehr als einige Monate dauernd) mit guter Krankheitseinsicht. Die bei Katatonie selten auch einmal vorkommenden Bewußtseinstrübungen und Benommenheitszustände sind vielleicht ebenfalls „exogener" Natur (z. B. auf Hirnschwellung beruhend). — Die beiden Halluzinosefälle wie auch entsprechende von Bonhoeffer haben gemeinsam, daß sie keine weitergehenden Erklärungsvorstellungen und keine erheblichere Neigung zum Systematisieren zeigten (Folge der Bewußtseinstrübung und Merkschwäche). Gegenüber anderen paranoiden Psychosen mit ungünstiger Prognose ist außerdem das Fehlen von Gedankenlautwerden hervorzuheben. Der Halluzinosekomplex hat keine spezifische Bedeutung, ausschlaggebend für seinen symptomatischen Charakter sind im Einzelfalle der ganze Verlauf, die Heilung mit guter Krankheitseinsicht und die Amnesie. — Spechts Behauptung von der großen Häufigkeit homonomer Züge im Verlauf, besonders im Beginn symptomatischer Psychosen kann (mit Bonhoeffer) nicht beigetreten werden. Auch führt die Steigerung der toxischen Schädlichkeit stets nicht zu einer gesteigerten Manie bzw. Melancholie, sondern zu einem exquisit heteronomen Krankheitsbilde (Ewald). Auch nach Kopfverletzungen gehören manische wie rein depressive Bilder zum mindesten zu den größten Seltenheiten. Und auch bei ihnen trifft Spechts Annahme nicht zu, daß zarte Schädigungen homonome, stärkere Schädigungen heteronome Zustandsbilder hervorrufen. — Meist muß eine Reihe von Bedingungen zusammentreffen, damit es zu einer symptomatischen Psychose kommt. Sehr oft wird es so sein, daß bei starker pathologischer Anlage auch bei geringen exogenen Schädigungen Psychosen auftreten, und zwar wahrscheinlich gerade dann solche mehr homonomen Charakters. Bei geringer oder fehlender pathologischer Anlage oder massiv einsetzender schwerer exogener Schädigung aber werden wir gerade die typischen exogenen Reaktionsformen finden. Die erhebliche Rolle der psychischen konstitutionellen Momente geht auch aus folgendem hervor: von 32 Fällen symptomatischer Psychose hatten 18 schwere psychotische Bilder, und von diesen 15 eine krankhafte psychische Anlage. Die einzigen 4 Fälle mit schwerer psychotischer Belastung zeigten auch sämtlich schwere symptomatische Bilder. Auch die relative Seltenheit der symptomatischen Psychosen verglichen mit der Zahl der Erkrankungen an den in Betracht kommenden Grundkrankheiten spricht für die Bedeutung der Anlage. — Im ganzen hält Verf. die Lehre Bonhoeffers von den exogenen Prädilektionstypen mit allen von diesem Autor selbst gegebenen vorsichtigen Begründungen für zutreffend. Die Differentialdiagnose ist am häufigsten gegenüber Dementia praecox, erst in zweiter Linie gegenüber den verworrenen Manien und schließlich gegenüber der Epilepsie zu stellen. Am wichtigsten sind dabei die Delirien, Meningismusbilder und besonders der amnestische Symptomenkomplex, die Bewußtseinstrübung in allen Stärkegraden mit nachfolgender Amnesie. In der Praxis am brauchbarsten ist



die Bewußtseinstrübung. Gelingt ihr Nachweis nicht, so bleibt die Prüfung auf Amnesie und Krankheitseinsicht nach Ablauf übrig. Dauer über einige Monate spricht gegen symptomatische Psychose. Häufig haben die körperlichen Parallelvorgänge ausschlaggebende diagnostische Bedeutung.

Lotmar (Bern).

285. Hoche (Freiburg), **Die Ursache bei Geisteskrankheiten.** Med. Klin. **1**, 1. 1920.

Über die Ursachen psychischer Erkrankungen ist wenig bekannt. Das ist im wesentlichen dadurch bedingt, daß der Mechanismus der Beziehungen zwischen seelischem Vorgang und seinem körperlichen Substrat, dem Gehirn, noch völlig unerforscht ist. Seelisch abnorme Erscheinungen können in Verbindung mit anatomischen oder physiologischen Hirnschädigungen einhergehen. Andere imponieren als einfache Funktionsstörungen der Psyche. Einer kritischen Betrachtung bieten sich daher beim Studium der Genese geistiger Krankheiten keine eigentlichen „Ursachen", sondern fast nur allgemeine ätiologische Anhaltspunkte von größerer oder geringerer Geltung, gewisse „Voraussetzungen", „Bedingungen", mitwirkende Umstände und auslösende Momente. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

286. Ranzow, E., Über Migränedämmerzustände und periodische Dämmerzustände unklarer Herkunft. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 98. 1920.

Bei einer nicht belasteten 49jährigen Frau, die seit Jugend an Migräne leidet, tritt plötzlich eine geistige Veränderung ein: zeitliche und örtliche Desorientierung, sich vertiefende Bewußtseinstrübung; anfangs religiöse Ergriffenheit, dann apathisch, ängstlich, zornmütig. Gesichtshalluzinationen depressiven und schreckhaften Inhalts: Hölle, Gott im Traum, Feuerschein am Himmel. Illusionen, Verkennen der Umgebung, Wahnvorstellungen (steht mit Gott in Verbindung), Versündigungsvorstellungen. Inkohärenz, wechselnd mit Hemmung. Teils ratloser, teils affektlos-starrer Gesichtsausdruck. Häufig stuporös, Nahrung verweigernd, nicht antwortend. Auf der Höhe der Psychose ein tiefer Stupor mit Muskelstarre und unregelmäßigen zuckenden Bewegungen im rechten Arm. Heftige Erregungsausbrüche, Aggressivität, Bewegungsiteration, Verbigeration. Völliges Abklingen der Erscheinungen nach 4 Wochen, völlige Amnesie für den Anfall mit Ausnahme des Beginns. Nach etwa 2 Monaten abgeschwächte Wiederholung von einwöchiger Dauer. — Unter Ablehnung eines epileptischen oder hysterischen Dämmerzustandes sowie einer symptomatischen Psychose (bei Infektion, Urämie usw.) wird eingehend die Möglichkeit eines Migränedämmerzustandes erörtert, und zwar an Hand eines genauen Referates der Literatur über die (seltenen) Migränepsychosen. Migränedämmerzustände sind hauptsächlich bei der schwereren Form, besonders bei Migraine ophthalmique beobachtet worden; aber auch bei der gewöhnlichen Form kommen psychische Störungen vor. Ihre Seltenheit ergibt sich aus der Arbeit von M. Ulrich (ibid. **31**, Erg.-H. 1912), wonach unter 500 Charitéfällen nur zwei ausgesprochene Dämmerzustände vorkamen. Im vorliegenden Fall ist auffällig die lange Dauer des Dämmerzustandes. Auch ist in keinem anderen ein so ausgesprochener Erinnerungsdefekt beobachtet worden. In-



dem Verf. noch die von Schröder (ibid. **44**, Fall 6) aufgestellten periodischen Dämmerzustände unklarer Herkunft heranzieht, die dieser als Ausdruck eines organischen Hirnleidens (in jenem Falle etwa akuter Hirndruckschwankungen bei Hydrocephalus) auffaßte, deutet er seinen eigenen Fall, der keine Zeichen von Hydrocephalus hatte, schließlich dahin: er „bildet eine Brücke zwischen den gewöhnlichen Migränepsychosen und den mit anfallsweisen, nicht migräneartigen Kopfschmerzen einhergehenden periodischen Dämmerzuständen Schröders". Lotmar (Bern).

287. Berger, H., Über die Ergebnisse der psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen auf einer Krankensammelstelle. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 335. 1920.

Statistische Arbeit mit Skizzierung einiger interessanter Einzelfälle. Hier kann nur weniges angedeutet werden. In keinem der Dementia-praecox-Fälle war ein akuter Ausbruch in etwaigem Zusammenhang mit einem besonderen psychischen oder somatischen Trauma nachweisbar. Das Intervall zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse war nicht verschieden von demjenigen bei Friedensmaterial. Bei den Fällen von Melancholie war keine Häufung zur Zeit besonderer Kampfhandlungen feststellbar. Interessant war ein Fall von Kohlenoxydvergiftung bei Minensprengung: heitere Stimmungslage, völlige Merkunfähigkeit, schwerste Gedächtnisstörung auch für Älteres, starker Romberg, Zungenzittern, Pupillenträgheit, schwerste Apraxie, völlige Agraphie (mit Akopie), Lesen mit Verständnis erhalten; trotz gewisser Besserung Ausgang in schwerste Verblödung. Bei genuiner Epilepsie häuften sich die Anfälle in Zeiten besonders aufregender Kampfhandlungen des Stellungskrieges, und zwar lag das Maximum dieser Häufung um 1—2 Wochen später als das der schreckhysterischen Anfälle u. dgl. Von 233 durch Schreckwirkung ausgelösten nervösen Störungen boten neurasthenische Krankheitsbilder 103, hysterische Krankheitsbilder 130 (hysterische Psychosen und Dämmerzustände 34, Gehörs- und Sprachstörungen 32). — Von der Gesamtzahl von 12 218 Zugängen von 9 Monaten bei der Krankensammelstelle Rethel waren Nervenfälle 971 (7,9%), davon funktionell 592 (4,8%), psychisch 183 (1,5%); (akut durch Schreck usw. ausgelöst 233). Die Zahl der psychischen und nervösen Erkrankungen im Felde ist demnach im ganzen verhältnismäßig klein. Lotmar (Bern).

288. Kahler, H., Ein Fall von Narkolepsie. Ges. d. Ärzte in Wien, 23. April 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 415. 1920.

Bei der 21jährigen Patientin, die weder Anhaltspunkte für einen progredienten Cerebrospinalprozeß noch für Hysterie bietet, zeigen die Schlafanfälle eine gewisse Abhängigkeit von der Menstruation. Außer Zeichen einer abnormen Körperveranlagung findet sich eine röntgenologisch nachgewiesene abnorme Kleinheit der Hypophyse. J. Bauer (Wien).

289. Boven, Caractère individuel et aliénation mentale. Observations sur les rapports du caractère individuel de l'enfant avec le genre et la variété de sa psychose ultérieure, chez diverses aliénés. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie **6**, 317. 1920.

Zweifellos besteht zwischen dem Charakter der Individuen, die später an einer Dementia praecox erkranken und denen. die später an irgendeiner



zirkulären Phase erkranken, ein Unterschied. Dies im Größeren vor längerer Zeit vor allem von Tiling angefaßte Problem ist heute aktueller denn je. Boven verfolgt es vor allem im Hinblick auf den kindlichen Charakter späterer Schizophrener und Zirkulärer und glaubt bestimmte Typen aufstellen zu können. W. Mayer (München).

290. Chotzen, Welchen Einfluß hat die Abnahme des Alkoholismus auf die Geistesstörungen? Ostdeutscher Psychiatertag, Breslau 1920.

Die Alkoholistenaufnahmen in der städtischen Heilanstalt Breslau fielen bei den Männern von 346 = 48,4% der Aufnahmen im Jahre 1913 auf 51 = 10,6% im Jahre 1916, dann auf 30 = 6,4%, 27 = 7,1% und stiegen im Jahre 1919 wieder auf 59 = 15,5%. Bei den Frauen betrugen die Zahlen in den gleichen Jahren 35 = 9,4%, 9 = 3,3%, 4 = 1,8%, 6 = 2,8% und 4 = 1,3%. Nach 1916 überwiegen die akuten Zustände über die chronischen. Letztere betreffen überdies fast ausschließlich alte Fälle mit verhältnismäßig zahlreichen wiederholten Aufnahmen einiger weniger alter psychopathischer Trinker. 1919 kommen wieder mehr neue chronische Alkoholisten in die Anstalt. — Von alkoholistischen Geistesstörungen sind seit 1916 neu aufgetreten vereinzelte Fälle von Delirium tremens abortiver Art, überwiegend bei Gastwirten, Schnapsbrennern, Kellnerinnen: 1917 und 1918 je 1 Mann (1918 auch eine Korsakowsche Psychose bei 1 Frau), 1919 : 2 Männer und 1 Frau. Die sonstigen in dieser Zeit aufgenommenen Fälle alkoholistischer Geistesstörungen sind alles alte Fälle gewesen aus früherer Zeit. Es sind also seit 1916 weder akute, seien es typische oder atypische Alkoholhalluzinosen aufgetreten, noch chronische Verlaufsformen, die als Alkoholpsychosen angesehen werden könnten. Ebensowenig aber den sogenannten chronischen Alkoholpsychosen gleichende nichtalkoholistische Psychosen. Alle anscheinend akut entstandenen halluzinoseähnlichen Erkrankungen wichen im Symptomenbilde von der typischen Alkoholhalluzinose mehr oder weniger ab. Bemerkenswert ist die Seltenheit halluzinoseartiger Bilder unter den im Kriege sehr zahlreichen degenerativen Psychosen, während früher atypische Alkoholhalluzinosen, im Sinne von Alkoholhalluzinosen auf degenerativer Grundlage, verhältnismäßig häufig waren. Hier zeigt sich also ein ursächlicher Einfluß des chronischen Alkoholismus; über die chronischen Alkoholpsychosen aber ist ein entscheidender Aufschluß noch nicht erbracht. Völlig aufgehört hat seit 1915 die Alkoholepilepsie. — Schwer zu beurteilen ist der Einfluß des Alkoholismus auf die übrigen Geisteskrankheiten, weil andere Kriegseinflüsse wirksam waren und zum Teil noch fortdauern. Es scheint aber, daß die auslösende Wirkung des Alkohols sich auch nur auf die degenerativen Geistesstörungen, einschließlich der epileptischen, erstreckt. Auf die eigentlichen Psychosen ist kein Einfluß wahrzunehmen, auf Paralyse und arteriosklerotische Geistesstörungen ist er unwahrscheinlich. Eigenbericht.

291. Pick, A., Über die Beeinflussung von Visionen durch cerebellar ausgelöste vestibuläre und ophthalmostatische Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **56**, 213. 1920.

Analyse eines entsprechenden Falles von Tabes und Arteriosklerose



einhergehend mit mehrfachen deliranten Zuständen. Als Resultat sehr eingehender Betrachtungen sei hervorgehoben, daß trotz vorhandenen Doppelsehens nie eine Verdopplung von Halluzinationen erlebt worden ist. Bei den in der Literatur verzeichneten Fällen von Verdopplungen optischer Halluzinationen handelt es sich anscheinend immer um Hysterie. In seinen Visionen unterscheidet der Kranke „Figuren" und „Filme". Letztere erscheinen flach ohne Perspektive. Die Doppelbilder können nach Ansicht des Verf. nicht zur Erklärung dieses Symptoms herangezogen werden. Der Kranke glaubt manchmal in die „Filme" hineinzufahren, ferner hat er das Gefühl, als ob er und sein Bett sich bewegten. Auch glaubt er durch Wände hindurchsehen zu können. Bei diesen Erscheinungen handelt es sich nicht um charakteristische Halluzinationen, sondern um Sinnestäuschungen, bedingt durch cerebellar ausgelöste Störungen des vestibulären und ophthalmostatischen Apparates. Bei der Sektion fand sich u. a. eine Erkrankung beider Nuclei dentati, deren Nachweis bei den vorhandenen Beziehungen zu den Augenmuskelkernen und dem Vestibularapparat die erwähnte Annahme stützen kann. Bostroem (Rostock).

292. Simmonds, Otto (Frankfurt a. M.), **Hypnose und Psychose.** Med. Klin. **20**, 518. 1920.

Ausführliche Darstellung eines einschlägigen Falles. Nach Ansicht des Verf. waren die schweren psychotischen Erscheinungen — hochgradiger Angstzustand mit Wahnvorstellungen — durch vorausgegangene verbrecherische Hypnose hervorgerufen. Durch Gegenhypnose gelang es, den Inhalt der Angstvorstellungen in kausale Beziehung zu früher erteilten Suggestionen zu bringen. Der Patientin war suggeriert worden, sie werde wahnsinnig, wenn sie den Hypnotiseur verrate. Die Differentialdiagnose gegen Hysterie ist schwierig, es besteht aber nach den weiteren Ermittlungen kein Zweifel darüber, daß die Patientin zu verbrecherischem Zweck hypnotisiert worden ist. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

293. Koch, Richard, und Walter Riese, Das psychische Verhalten bei alimentärer Osteopathie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **58**, 42. 1920.

Psychische Besonderheiten osteopathischer Kranker lassen sich von dem häufig gleichzeitig bestehenden klimakterischen Beschwerden gut unterscheiden. Charakteristisch für das psychische Verhalten ist folgendes: Stumpfheit, Schwanken des Affektlebens meist in der Richtung der Depression, ferner besteht eine ausgesprochene Rührseligkeit und Ermüdbarkeit, Verlangsamung der Assoziationen. Im Gegensatz dazu verhalten sich Frauen im Klimakterium eher gereizt, unruhig. Äußerlich fällt die Klimakterische durch kongestioniertes Gesicht, lebhafte Augen, unruhige Mimik auf, während die Osteopathische blaß aussieht und starren Blick aufweist. Die psychischen Veränderungen sind sehr hartnäckig und überdauern die körperlichen Beschwerden wesentlich. Bostroem (Rostock).

294. Löwenstein, O., Experimentelle Beiträge zur Lehre von den katatonischen Pupillenveränderungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 194. 1920.

An einem der Fälle mit katatonischer Pupillenveränderung, auf welche



sich die Ausführungen von Westphal (ibid. S. 187) stützten, hat Verf. die Frage, ob den verschiedenen Bewußtseinszuständen ein spezifischer Einfluß auf die Pupillenreaktion und insbesondere auf die mydriatische Pupillenstarre zukommt, unter Verwendung des Experimentes untersucht. Die verschiedenen Gemütszustände, Lust und Unlust, Erregung und Beruhigung, Spannung, Lösung und Furcht wurden dabei suggestiv, Schmerz durch sensible Reize, Erschrecken durch einen Knall hervorgerufen. Die Beobachtung der Pupillenreaktion geschah im allgemeinen mit unbewaffnetem Auge. Um für die Wirksamkeit der Suggestion einen objektiven Maßstab zu haben, wurden gleichzeitig Puls und Atmung, sowie die unbewußten Bewegungen des Kopfes (dreidimensional) und der Extremitäten kurvenmäßig aufgenommen. Während der Kranke spontane Gefühlsregungen im allgemeinen nicht zeigte, wies er eine hohe Suggestibilität für jene Gefühlszustände auf. Die Untersuchung führte zu folgenden Schlüssen: 1. Die bei katatonischen Zuständen zu beobachtenden Erscheinungen des Fehlens der Pupillenunruhe und der mydriatischen katatonischen Pupillenstarre haben ihre Ursache in der gleichen psychischen Veränderung, nämlich dem Verlust der Spontaneität bei erhaltener Suggestibilität des Gefühlslebens. 2. Der aus diesen Veränderungen hervorgehende Mechanismus der Gefühlsentwicklung erzeugt Gefühlszustände (Unlust, unlustbetonte Spannung), deren Ausdrucksbewegungen an den Pupillen dem Grade nach verschieden starke Hemmung des Reflexes auf Lichteinfall bewirken („katatonische Pupillenstarre“). 3. Veränderungen der Pupillenweite und der Spannungszustände der Körpermuskulatur sind nicht durch einander, sondern durch gleichsinnige zentrale Veränderungen unmittelbar bedingte Ausdrucksbewegungen der gleichen Bewußtseinszustände. Lotmar.

295. Behrens, M., Chronische paranoide Erkrankungen bei perniziöser Anämie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 215. 1920.

Bei perniziöser Anämie sind bisher verschiedenartige psychische Veränderungen beschrieben worden: fortschreitende intellektuelle Schwäche, Fälle mit Reizbarkeit und Affektlabilität, solche mit chronischer Depression, mit Hypochondrie und Zwangsvorstellungen, mit Euphorie, mit Charakterveränderungen. Ferner kürzerdauernde schwere, oft akute Störungen: Bewußtlosigkeit, Benommenheit, Ohnmachten, zum Teil mit Krampfanfällen, Dämmerzustände, ängstlich-halluzinatorische Erregung, Delir, amentiaartige Bilder, heftige psychomotorische Erregungszustände. In seltenen Fällen paranoide Bilder, teils halluzinatorisch-persekutorischer, teils (seltener) expansiver Form, von längerer Dauer als die vorher genannten Zustände (2—7 Monate). Zwei vom Verf. hier eingehend beschriebene Fälle (der eine von Kleist beobachtet) schließen sich diesen paranoiden Formen an, unterscheiden sich aber von ihnen wesentlich dadurch, daß es sich um viel länger dauernde Erkrankungen handelt. Es sind ausgesprochene chronisch-paranoide Psychosen, die weitgehende Ähnlichkeit mit der paranoiden Demenz bzw. den paranoiden Defektpsychosen (Kraepelins Paraphrenien) aufweisen. Der 1. Fall, eine vorwiegend halluzinatorisch-persekutorische Erkrankung, wurde auch während des Lebens als Dementia paranoides aufgefaßt, und erst der typische Sektionsbefund der perniziösen



Anämie im Verein mit ausgebreiteten und herdförmigen Gehirnveränderungen legte eine andere Deutung nahe. (Die Psychose dauerte in diesem Falle anscheinend volle 13 Jahre; daß auch die perniziöse Anämie solange zurückdatiert, wie es Verf. annimmt, geht aus der Krankengeschichte nicht hervor. Als Ursache derselben kommt Lues in Betracht, da eine luetische Aortitis gefunden wurde. Die Gehirnveränderungen sind aber nicht luetischer Art, „erinnern vielmehr an die herdförmigen Ausfälle von Markfasern im Rückenmark perniziös Anämischer und müssen auf die perniziöse Anämie zurückgeführt werden"). Bei der zweiten Kranken, die ein expansiv-paranoides Bild bot, wurde auch zuerst eine endogene paranoide Psychose, und zwar phantastischen Charakters, angenommen. Erst die später deutlich gewordene perniziöse Anämie ließ an einen Zusammenhang zwischen Psychose und Bluterkrankung denken. In beiden Fällen führte der Verlauf der Psychose zu erheblicher Demenz (Merk-, Kenntnis-, Urteilsdefekte).

Lotmar (Bern).

296. Popper, E., Zur Psychopathologie der Fugue. (Kasuistischer Beitrag nebst Bemerkungen über die Pseudologia phantastica und verwandte Krankheitsbilder.) Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 173. 1920.

18jähriger Kadettenschüler von guter Intelligenz, der schon als Kind Neigung zur Produktion phantastischer Einfälle gezeigt, hatte in letzter Zeit öfter pseudologische Abenteuererzählungen, u. a. detaillierte Schilderungen von Örtlichkeiten, an denen er nie gewesen, zum besten gegeben. Schwärmerische Zuneigung zu einem Mitzögling. Gelegentlich Pläne, die Kadettenanstalt zu verlassen, um in der türkischen Armee Karriere zu machen u. dgl. Nach einer disziplinaren Arreststrafe Entweichung, ziemlich weite Reise in Ausnahmezustand, vielleicht Selbstmordversuch, wirrer pathetischer Brief und Gedicht an jenen Freund. Rückkehr nach 3 Tagen, Amnesie nicht nur für die Entweichungszeit, sondern für die gesamten letzten 8 Tage, also auch für eine Reihe von Tagen, an denen er äußerlich ganz unauffällig gewesen war, endlich auch für seine sich über viele Monate verteilenden pseudologischen Aufschneidereien. Keine hysterischen Stigmen, jetzt wieder unauffälliges Benehmen. Verf. nimmt schon für die mehreren Tage vor der Fugue einen abnormen Bewußtseinszustand an, indem Patient trotz äußerlicher Unauffälligkeit schon mehrere Tage vor der Triebhandlung von der Absicht, sie auszuführen, ganz erfüllt war. Die Erstreckung der retrograden Amnesie auf die früheren Pseudologien läßt erwägen, ob nicht alle die Produktionen einem transitorisch relativ getrübten Bewußtseinszustande entsprangen, falls es sich nicht um eine erst jetzt erfolgende, hysterische Verdrängung aller dieser Momente handelt. Es werden anschließend die Tag- und Wachträumerei und die pathologischen Einfälle (Bonhoeffer) besprochen und betont, daß der Übergang dieser Störungen zu hysterischen Wunschdelirien und längeren wunscherfüllenden Dämmerzuständen ein fließender ist. „Somit wäre mit Rücksicht auf diese besondere Amnesie anzunehmen, daß es sich, zumindest neben der Pseudologie, um eine Art Wachträumen oder andere tiefergehende Störungen gehandelt haben könnte." Er hat gewissermaßen ein zweites, schwärmerisch-



phantastisches, ungesund-romantisch-abenteuerliches Ich, dessen Wurzeln im übermächtigen Ehrgeiz des Patienten liegen; die zu diesem zweiten Ich gehörigen Momente durchflechten sein übriges, normales Leben und sind nun insgesamt der Amnesie verfallen. Der Abschluß der Affäre mit einem anfallsartigen Zustande, nach dessen Lösung die Amnesie beginnt und alles frühere Peinliche ausgelöscht erscheint, spricht für die Diagnose Hysterie.

Lotmar (Bern).

297. Klieneberger, O., Diabetes und Psychose. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 351. 1920.

56jähriger, seit 12 Jahren zuckerkranker Mann, der im Anschluß an schlecht heilende Karbunkel psychotisch erkrankt: wahnhafte Verkennungen und Vorstellungen (glaubt tot, im Paradies, im Himmel zu sein), Halluzinationen (Gottes Stimme). Eigenartige motorische Störungen (wie bei katatonen Erregungen oder ekstatischen Zuständen der Epileptiker vorkommend): außer Bewegungs- und Haltungsanomalien Singen statt Sprechen, mit stark erhobener Stimme monoton pathetisch; Neigung zu Stereotypien, Verbigerationen, Reimen, Inkohärenz der Gedankengänge. Häufiger Wechsel des Krankheitsbildes: bei Zunahme der motorischen Erregung unzugänglich, erscheint desorientiert und verwirrt; bei Nachlassen der motorischen Erscheinungen zugänglich, weder desorientiert noch verwirrt, Erinnerung an die Zeiten stärkerer Erregung erhalten, aber trotz nicht benommenen Eindrucks unklar. Zwar gut auffassend, prompt reagierend, aber oft falsch oder in wahnhafter Einstellung, sich verhörend, versprechend, verschreibend, mit erschwerter Wortfindung und paraphasischen Störungen, Silbenstolpern, Perseveration, Merkstörung. Stimmung heiter, jovial witzelnd, dauernd gesteigerte Erregbarkeit und Reizbarkeit. Vollkommenes Abklingen aller Symptome nach wenigen Wochen. Körperlich hatten zwar außer der „paralytischen" Sprach- und Schriftstörung Pupillenstarre und Fehlen der Sehnenreflexe bestanden, doch war Wassermann im Liquor ebenso wie Nonne negativ (es bestand nur mittlere Zellvermehrung). Also Paralyse auszuschließen, auch heilten diese körperlichen Symptome mit den seelischen rasch ab. — Verf. zeigt, daß sich als Grundlage dieser symptomatischen Charakter zeigenden Psychose keine andere Erkrankung feststellen läßt als der Diabetes, und daß dieser ein echter (wohl auf erblich-minderwertiger Veranlagung beruhender) Diabetes war, daß es demnach mehr als wahrscheinlich ist, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen ihm und der Psychose bestand. Dafür spricht auch, daß letztere in Verbindung mit einer Steigerung der Zuckerausscheidung mit erstmals positivem Ausfall der Aceton- und Acetessigsäureprobe auftrat, mit Verminderung der Zuckerausscheidung verschwand. Die Seltenheit der Diabetespsychosen und das nicht gewöhnliche Krankheitsbild waren für Verf. nicht der Hauptanlaß der Mitteilung. Vielmehr der Nachweis, daß sich an dem Falle über die Mitwirkung endogener Faktoren an der Gestaltung einer „exogenen" symptomatischen Psychose mit seltener Klarheit Aufschluß gewinnen läßt. Es ergab sich nämlich durch genauere Nachforschung, daß man es „zweifellos mit einem religiös veranlagten Menschen zu tun hatte. Die exogene Psychose erzeugte eine Bewußtseinstrübung, in der im Sinne der vorpsychotischen



Veranlagung und der besonderen vorpsychotischen Erlebnisse und Vorstellungen ein einfaches Landschaftsbild als Paradies verkannt wird und aus einem besonderen Gefühl beim Erwachen gefolgert wird, daß die vorhergehende Ruhe kein Schlaf, sondern Tod war usw." Die nachweisbare manische Konstitution erklärt die jovial-heitere Färbung, wie die Erregbarkeit und Reizbarkeit Lotmar (Bern).

VI. Allgemeine Therapie.

298. Pichler, H., 51 Alkoholeinspritzungen in das Gassersche Ganglion. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 441 u. 473. 1920.

Der Eingriff, der fast mit Sicherheit völlige Heilung der Trigeminusneuralgie erwarten läßt, soll auf Fälle beschränkt werden, in denen alle anderen Mittel versagt haben und evtl. lokale Ursachen ausgeschlossen worden sind. Daher sind Nase, Augen und Gebiß genau, womöglich röntgenologisch zu untersuchen. Ambulatorisch soll der Eingriff überhaupt nicht vorgenommen werden, da er groß und nicht ungefährlich ist. Die größte, bisweilen unvermeidbare Gefahr ist die der Keratitis neuroparalytica. Daher soll der erste Ast womöglich geschont werden, wenn er nicht selbst von der Krankheit ergriffen ist. Die Injektion soll — ob auf querem Wege oder durch die Wange ins Foramen ovale ist gleichgültig — unter steter Kontrolle des Effektes sehr vorsichtig ausgeführt werden, wobei das Ganglion vor der Injektion nicht mit Novocain anästhesiert werden soll. Die notwendige Dosis Alkohol ist sehr verschieden und oft 10—15 mal so groß als die von Härtel angegebene Maximaldosis von 1 ccm. Bisweilen sind wiederholte Injektionen für den Erfolg nötig. Zu widerraten sind periphere Injektionen und solche an der Schädelbasis, wenn mehrere Äste erkrankt sind, ebenso die Resektion des zweiten und dritten Astes nach Krönlein, die eine Erschwerung für eine künftige Alkoholeinspritzung ins Ganglion darstellt. Wenn die vollkommene Anästhesierung der betroffenen Äste geglückt war, sind bisher alle Fälle dauernd geheilt geblieben, aber auch bei objektiv ungenügendem Injektionserfolg ist die Beseitigung der Schmerzen für längere Zeit gelungen. J. Bauer (Wien).

● **299. Göppert, F., und Langstein, L., Prophylaxe und Therapie der Kinderkrankheiten. Mit besonderer Berücksichtigung der Ernährung, Pflege und Erziehung des gesunden und kranken Kindes, nebst therapeutischer Technik, Arzneimittellehre und Heilstättenverzeichnis.** J. Springer, Berlin 1920. 607 S. Preis M. 36,—.

Auf dieses neue und außerordentlich inhaltreiche Werk sei gerade an dieser Stelle mit Nachdruck hingewiesen. Wie der ausführliche Titel besagt, dient das Werk nicht nur dem Kinderarzte und Allgemeinpraktiker, sondern es wird jedem ungemein nützlich sein, der mehr gelegentlich nebenher besonders als Nerven-, Anstaltsarzt usw. auch mit kranken Kindern zu tun hat. Bei der ausgezeichneten Gliederung findet man sich in jedem Punkte rasch zurecht, man findet therapeutisch überall nur das Bewährte hervorgehoben. Alle die therapeutischen Maßnahmen, die man so häufig beim Kinde nötig hat, sind klar dargestellt, zum Teil mit Illustrationen. Besonders wertvoll ist die wohl in ihrer Art einzige Zusammenstellung sämt-



licher Kinderheil- und Erholungsstätten in Deutschland, Österreich und der Schweiz unter genauester Angabe des Aufnahmealters, Unterrichts, auch der Preise usw. Das Buch sollte in keiner Anstalt fehlen, wo Kinder interniert sind.

300. Härtel, Fritz, Über Dauererfolge der intrakraniellen Injektionsbehandlung der Trigeminusneuralgie. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 517.

Die Dauerheilung der Trigeminusneuralgie durch dieses Verfahren ist möglich; Erfolge nach einmaliger Injektion wurden beobachtet.

Eugen Kahn (München).

● **301. Flatau, Georg, Kursus der Psychotherapie und des Hypnotismus.** 2. durchgesehene Aufl. S. Karger, Berlin 1920. 175 S. Preis M. 16,—

Das wenig in die Tiefe gehende Buch behandelt in sehr leicht lesbarer Form die psychotherapeutischen Methoden. Den breitesten Platz nimmt die Besprechung der Hypnose ein, deren Technik und Indikation ausführlich geschildert wird; mit Recht werden bei letzterer die Zwangsphänomene obenan gestellt. Die übrigen psychotherapeutischen Möglichkeiten kommen daneben entschieden zu kurz, von der zentralsten, der führenden Erziehung durch den Arzt ist kaum die Rede, auch die Psychoanalyse wird nur anhangsweise erledigt. Kurt Schneider (Köln).

● **302. Bregmann, L. E., Die Schlafstörungen und ihre Behandlung.** S. Karger, Berlin 1920. VI u. 136 S. Preis M. 12,—.

Es handelt sich bei diesem aus dem Polnischen übersetzten Buch im wesentlichen um ein Referat, das aber auch die außerdeutsche Literatur ausführlich berücksichtigt. Die verschiedenen Formen der Schlaflosigkeit, ihre Ätiologie, die Zustände von Schläfrigkeit und Schlafsucht, die hygienisch-diätetischen, physikalischen, psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten der Schlafstörungen werden eingehend besprochen. Man wird nichts Neues, aber alles Alte in guter und übersichtlicher Zusammenstellung finden. Kurt Schneider (Köln).

303. Redlich, E., Zwei mit Erfolg operierte Tumoren der Cauda equina. Ges. d. Ärzte in Wien, 11. Juni 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 571. 1920.

Im ersten Falle, dessen Erscheinungen seit 10 Jahren bestanden, fand sich eine Dermoidcyste; gewisse Symptome sind wegen der langen Krankheitsdauer zurückgeblieben. Im zweiten Falle, der erst seit fünf Vierteljahren erkrankt war, ist nahezu volle Heilung erzielt worden. Hier lag ein Fibro-Endotheliom vor. Hinweis auf die Wichtigkeit des Queckenstedtschen Liquorsymptoms.

Aussprache: O. Frisch hat von 33 Laminektomien 10 verloren, und zwar 5 während der chirurgischen Nachbehandlung, 2 inoperable Tumoren, 2 Spondylitiden und 1 Steckschuß. J. Bauer (Wien).

● **304. Czerny, Adolf, Der Arzt als Erzieher des Kindes.** 5. vermehrte Aufl. Fr. Deuticke. 1919. 118 S. Preis M. 4,50.

Dieses klassische Werkchen ist so bekannt, daß es eines Referates kaum bedürfte. Ein Referat dieser Schrift, in der jedes Wort seine Bedeutung hat, ist gar nicht möglich in kurzen Sätzen. Es sei darauf hingewiesen, daß



sie das Beste ist und wohl für lange Zeit bleiben wird, was in dieser Frage geschrieben ist. Auch den Neurologen und Psychiater wird vieles interessieren, so insbesondere die Ausführungen über zweisprachige Erziehung, über Anregung und Beschäftigung der Kinder vor der Schule, über Strafanwendung und vieles andere. Husler (München).

305. Günther, Zur Behandlung von Psychosen mit großen Aderlässen. Allg. Zeitschr. f. Psych. **76**, 320. 1920.

Ein Dr. Oetter in Kutzenberg hatte gefunden, daß im Blute der Geisteskranken stets Gallensäuren vorkämen, was bei Geistesgesunden nicht der Fall sei, und da diese Säuren ein blutlösendes Protoplasmagift seien, so sei die Psychose als eine Vergiftung des Gesamtorganismus aufzufassen, bei welcher entweder direkt die Gallensäuren oder das durch sie gelöste Hämoglobin toxisch auf die Nervensubstanz einwirken, auf diese Weise je nach der betroffenen Individualität verschiedene Symptomenkomplexe zeitigend, die verschiedenen Formen ein und derselben Geisteskrankheit. Die Schädigungen des Organismus seien nur zu bekämpfen durch ausgiebige Blutentziehungen, kombiniert mit Einspritzungen von Tuberkulin und nucleinsaurem Natron (zur Erzielung einer Leukocytose und damit einer besseren Blutregenerierung) und außerdem unterstützt durch monatelang durchgeführte Bettruhe und bestimmte — im wesentlichen fleischfreie — Diät. Günther gab nun seinen Kranken nur Suppen mit Brot und Milch, später Mehlspeisen, Gemüse und Kompott, entzog ihnen vier Tage nacheinander je etwa 700 ccm Blut und wiederholte das nach etwa 4 Wochen, nachdem er die Zwischenzeit noch mit den erwähnten Einspritzungen ausgefüllt hatte. Erfolg wurde natürlich keiner erzielt, ja ein Teil der „behandelten" Fälle zeigte deutliche Verschlechterung, und das Verfahren wurde aufgegeben. Haymann (Kreuzlingen).

306. Schmidt, Heinrich, Die kausale Therapie der luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1201. 1920.

Tabellen über Erfahrungen an 94 in den letzten 14 Jahren an der Erlanger Klinik behandelten Fällen mit Ricordscher Lösung (Quecksilberjodid-Jodkalium) oder Ricordsche Lösung + Salvarsan. Die am Ende der Kuren gegebenen Urteile: nahezu geheilt, gebessert usw. sind für die Feststellung von Erfolgen bei Tabes und Lues cerebrospinalis zu dürftig. Aus 14 erhobenen Katamnesen von Tabes ergab sich: gestorben 6, Wiedereinstellen der früheren Beschwerden bei 1 Patienten, Anhalten der Besserung, größtenteils Tabes I, bei 7 Patienten. Angaben darüber, wie lange nach der Kur diese „Dauerresultate" festgestellt wurden, fehlen. Krambach (Berlin).

307. Belz (Köln), Die endolumbale Salvarsanbehandlung der Tabes. Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Der Vortragende hat keine guten Erfahrungen gemacht und empfiehlt, diese Behandlungsart nur bei schweren Krisen zu versuchen. Göring.

308. Speer, Ernst, Silbersalvarsanbehandlung der multiplen Sklerose. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1260. 1920.

Kurze Mitteilung von 17 Krankengeschichten. Bei den ersten 6 Fällen — Besserung — sind die Erfolge nicht sehr bedeutend, jedenfalls keine, die die frühere Therapie nicht gleichfalls aufzuweisen hatte. Bei zwei weiteren



gebesserten Fällen stellte sich bei der Behandlung eine schwere Tachykardie (Herzneurose) ein. 2 Fälle blieben unverändert. 7 Fälle verschlechterten sich während der Behandlung. Bei der Injektion wurde die Sternsche Technik angewandt. Trotz der geringen Erfolge wird zur Fortsetzung der therapeutischen Versuche aufgefordert. Krambach (Berlin).

309. Hofmann, Konrad, Allgemeinnarkose bei relativer Blutleere des Gehirns. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1065. 1920.

Auf Grund theoretischer Überlegungen und praktischer Erfahrungen kommt Verf. zu folgendem Ergebnis: 1. Zur Einleitung der Allgemeinnarkose ist grundsätzlich die Herstellung einer relativen Blutleere — 10 mm Hg genügen schon — im Gehirn notwendig. 2. Die relative Blutleere ist praktisch am einfachsten durch eine Anzahl rasch aufeinanderfolgender, tiefer Atemzüge zu erreichen; daneben auch durch Blutstauung und Druckdifferenz. 3. Unter dem Einfluß der relativen Blutleere erzielt man in kurzer Zeit mit noch sehr viel weniger Narkoticum als bisher eine gute Betäubung. 4. Die durch relative Blutleere des Gehirns unterstützte Narkose kommt zur günstigsten Auswirkung, wenn man die notwendige, allerdings kleine Menge des Narkoticums rasch auf die Maske bringt. Die „Tropfenmethode" ist dazu ungeeignet; diese erfordert viel zu große Mengen Narkoticum. 5. Die brauchbarste Methode ist die mit Chloroform ausgeführte Handtuchüberdeckungsmethode; bei ihr beträgt der Verbrauch an Chloroform höchstens $^1/_2$ g auf die Minute. Krambach (Berlin).

310. Steckel (Wien), Psychotherapie. Med. Klin. **8**, 210. 1920.

Kritisches Sammelreferat der in den beiden letzten Jahren erschienenen einschlägigen Literatur. Verf. kommt selbst von der Psychoanalyse, lehnt aber ihre schematische, einseitig orientierte Durchführung im Sinne Freuds entschieden ab, besonders auf Grund der Beobachtungen an Kriegsneurotikern. Es werden eine Anzahl von Arbeiten aus dem Gebiete der Hypnotherapie, der hysterischen, neurotischen und sexualpathologischen Störungen unter dem psychoanalytischen Gesichtswinkel beleuchtet, wobei die Psychoanalyse der — Autoren nicht selten auffällig in Erscheinung tritt.

S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

311. Cassirer und Heymann, Erfolgreiche Entfernung eines großen Kleinhirn-Hinterhauptlappentumors. Med. Klin. **16**, 412. 1920.

Es handelte sich um ein Fibro- bzw. Endothelsarkom, das sowohl das Kleinhirn wie den Occipitallappen in Mitleidenschaft gezogen hatte. Klinisch waren vor allem allgemeine cerebellare Reizerscheinungen nachzuweisen. Eine bei der Patientin bestehende Hemianopsie mußte, wenn man überhaupt die seltene Möglichkeit einer soweit ausgebreiteten Neubildung hätte in Betracht ziehen können, als umschriebenes Herdsymptom einer Occipitalhirnschädigung diagnostisch gewertet werden. S. Hirsch.

312. Nolten, Beitrag zur Indikation und Anwendung der Salvarsantherapie der Syphilis ohne Quecksilber. Münch. med. Wochenschr. **67**, 287. 1920.

Die verminderte Widerstandsfähigkeit infolge des Krieges und seine Folgen verlangt häufig ein Ausschalten des schwächeren Antilueticums, des Hg. Das Silbersalvarsan ist neben dem Altsalvarsan am unschädlich-

sten und wirksamsten. Unter Berücksichtigung von alarmierenden Symptomen (Harnverminderung, starkes Fieber, Hauterscheinungen, Störungen des Allgemeinzustandes) hat die Kur einschleichend, doch rasch an die Dosis tolerata (0,2—0,25) heranzugehen. Unterdosierung gibt Neurorezidive, Überdosierung Salvarsanintoxikationen. Der Organismus ist um so länger unter dem Einfluß des Salvarsans zu halten, je älter die Infektion ist. Höhe der Dosen, Infektionszahl und Größe des Intervalls ist individualisierend zu bestimmen. Hg ist nur heranzuziehen, wenn Salvarsan schlecht vertragen wird, oder der gewünschte klinische und serologische Befund ausbleibt; dann sind nicht zu große Dosen milder Hg-Präparate anzuwenden. Krambach (Berlin)

313. Hornung, Veronal als Hilfsmittel bei der Morphiumentziehung. Münch. med. Wochenschr. **67**, 484. 1920.

Man entzieht sofort $^1/_3$ der zuletzt gebrauchten Morphiummenge und geht langsam weiter herunter. Beim Auftreten der ersten Abstinenzerscheinungen gibt man die Morphiumgabe vom vorvorigen Abend, der sicher noch abstinenzfrei war, + 2 g Veronal in einer möglichst kleinen Menge warmer Flüssigkeit. Nun schläft der Patient 12—14 Stunden, beim Erwachen hat er die Blase zu entleeren, zu Stuhle zu gehen und bekommt sofort zu essen; darauf wieder 2 g Veronal (einen Teil evtl. als Medinal subcutan) usw. Nach ca. 2 mal 24 Stunden = 8 g Veronal treten Vergiftungserscheinungen auf: Anurie, Verwirrtheit, motorische Unruhe. Jetzt wird das Veronal abgesetzt, der Kranke erhält in vorsichtigen Dosen Scopolamin, bis Schlaf eintritt. Hat er dann ausgeschlafen, so hat er nach Hornungs Erfahrungen bei 6 Entziehungskuren keine Abstinenzerscheinungen, kein Verlangen nach Morphium, prächtigen Appetit, Diurese stellt sich ein, die Rekonvaleszenz beginnt. Krambach (Berlin).

314. Meirowsky, Bericht der Salvarsankommission des Allgemeinen Ärztlichen Vereins in Köln. Münch. med. Wochenschr. **67**, 477. 1920.

Aus dem Bericht sei hervorgehoben: Auf 225 780 Injektionen von Alt-, Natrium- und Neosalvarsan sind 12 sichere Todesfälle gemeldet worden, von denen jedoch eine Reihe vermeidbar gewesen wären. Die Gefahrenchance beträgt beim Altsalvarsan 1 : 13 000, beim Natriumsalvarsan 1 : 20 000, beim Neosalvarsan 1 : 162 800. Eine ausschlaggebende Rolle beim Zustandekommen von Todesfällen spielt die Überdosierung. Als erlaubte Höchstdosis wird bei Männern 0,6, bei Frauen 0,45 empfohlen. — 15 Fälle von Neurorezidiven wurden gemeldet (2—10 Wochen nach der letzten Salvarsaneinspritzung); in diesen Fällen war die gespritzte Gesamtdosis Salvarsan niedrig. In 6 Fällen traten während der Kur encephalitisartige Erscheinungen auf. In zwei von diesen Fällen war die Dosis zu hoch. In einem Fall trat nach 2,1 Neo in 6 Injektionen vorübergehend spastische Parese der Beine und Blasenlähmung auf. Krambach (Berlin).

315. Heitz, Friedrich, Injektionsspritze für intravenöse Injektionen von Silbersalvarsannatrium sowie anderer dunkelgefärbter und differenter Lösungen. Münch. med. Wochenschr. **67**, 458. 1920.

Vor eine ganz aus Glas gefertigte 20-ccm-Spritze ist ein kleiner Glasbehälter vorgeschaltet, der durch einen mit einem Hahn verschließbaren



Kanal mit der eigentlichen Spritze in Verbindung steht. Die im Vorbehälter befindliche dunkle Lösung wird durch allmähliches Ansaugen von Ampullenwasser durch klares Wasser ersetzt, in dem der Bluteintritt leicht erkennbar ist. Krambach (Berlin).

VII. Spezielle Neurologie und Psychiatrie.

Sympathisches System. Gefäße. Trophik. Wachstumsstörungen.

316. Sternberg, Karl, Über Zwergwuchs. Zieglers Beiträge z. allg. Path. u. pathol. Anat. **67**, 275. 1920.

Die Arbeit sei an dieser Stelle wegen des psychiatrischen Interesses an den verschiedenen Formen des Zwergwuchses referiert. Der Zwergwuchs wird bekanntlich eingeteilt in eine proportionierte — echte Nanosomie Virchows — und eine unproportionierte Form. Zu der letzteren gehören die rachitischen, chondrodystrophischen, kretinistischen, zur ersteren die „wahren“ Zwerge. Der proportionierte Zwergwuchs wird eingeteilt 1. in die Gruppe der Nanosomia primordialis, welche in embryonalen Faktoren ihre Ursache hat; als solche kommen im Ei vorhandene minderwertige Anlage oder Eischädigungen oder auch sekundäre embryonale Entwicklungshemmung in Betracht — abgesehen von der Kleinheit des Organismus, welcher angeboren ist, bieten diese Individuen weder in psychischer, noch somatischer Beziehung abnorme Verhältnisse dar. Die Epiphysenlinien verknöchern, sexuelle Reife tritt ein — und 2. in die Gruppe der Nanosomia infantilis, welche auf eine allgemeine postfötale Entwicklungshemmung und Störung des Wachstumsablaufs zurückzuführen ist. Bei diesen Individuen, welche in der Regel bei der Geburt normal groß sind, sistiert zu irgendeiner Zeit das Wachstum und der Abschluß der Entwicklung. Auch die sexuelle Reife bleibt aus. Der Verstand bleibt kindlich. In die Gruppe der Nanosomia infantilis wurde bisher eingereiht der hypophysäre, d. h. durch verminderte Hypophysenvorderlappentätigkeit bedingte Zwergwuchs, als deren Typus der von Paltauf beschriebene Zwerg gilt und hinsichtlich ihrer Genese nicht ganz klargestellte Fälle, welche als hypoplastische und infantilistische Zwerge beschrieben worden sind. Die vorliegenden Untersuchungen des Verf. sind geeignet, die verschiedenen Formen der infantilen Nanosomie durch Heranziehen der Untersuchung der Hoden zu gruppieren. Bei der hypophysären Form findet sich konstant eine sekundäre Rückbildung des ursprünglich normal angelegten Hodens — fibröse und hyaline Umwandlung der Kanälchenwandung —, bei den infantilistischen Formen eine primäre Hypoplasie, welche an einem weiten Auseinanderliegen der Hodenkanälchen und Trennung derselben durch reichliches, feinwabiges, zellreiches, nicht sklerotisches Bindegewebe kenntlich ist. Verf. unterscheidet so die Fälle von Nanosomia pituitaria, bei denen sich Atrophie der Hoden mit fibröser, sklerotischer und hyaliner Umwandlung der Kanälchen findet und Nanosomia hypoplastica, bei der sich aus der Untersuchung der Hoden eine Unterentwicklung ergibt, welche als der Ausdruck einer allgemeinen Entwicklungshemmung, einer Hypoplasie des Organismus anzusehen ist. Bei dieser letzteren Form findet sich

ein dem Grad der allgemeinen Hypoplasie entsprechender der endokrinen Drüsen. Verf. beschreibt 2 Fälle von hypoplastischer Nanosomie ausführlich. Als 3. Gruppe des infantilistischen Zwergwuchses stellt Verf. den thyreogenen oder hypothyreotischen auf. Ein dahin gehender Fall wird ausführlich geschildert. Von den beiden anderen Formen unterscheidet sich dieser durch die hochgradige Störung der Intelligenz. Außerdem durch die Art der Wachstumsstörung, indem das Wachstum hochgradig verzögert wird, dabei jedoch die Epiphysenlinien offen bleiben. Der Unterschied gegen den eigentlichen kretinistischen Zwergwuchs ist dadurch gegeben, daß dieser unproportioniert, die auf Hypothyreose begründete infanti'e Nanosomie proportioniert ist. Schmincke (München).

317. Priesel, A., Ein Beitrag zur Kenntnis des hypophysären Zwergwuchses. Zieglers Beiträge z. allg. Path. u. pathol. Anat. **67**, 220. 1920.

Verf. vermehrt die bisher nur geringe Zahl von Beobachtungen von hypophysärem — durch Einschränkung der Funktion des Hypophysenvorderlappens bedingtem — Zwergwuchs durch die genaue autoptische Untersuchung eines 91 Jahre alt gewordenen Zwergen. Es fand sich bei dem 132 cm großen, fettreichen Körper eine auffallende Kleinheit der Schilddrüse und Nebennieren, eine Vergrößerung der oberen Epithelkörperchen, Kleinheit des ganzen Genitales mit Atrophie der Hodenkanälchen und ein besonderes Verhalten der Hypophyse, welches in einer bläschenförmigen Umwandlung des Vorderlappens der Hypophyse mit nur ganz vereinzelten Parenchymresten von Vorderlappengewebe und einer nicht vorhandenen Verbindung des Vorderlappens und der Neurohypophyse bei erhaltenem Canalis cranio-pharyngeus bestand. Die Anomalie ist als Effekt einer embryonalen Entwicklungsstörung aufzufassen. Die Epiphysenlinien waren verknöchert. Bis zum 15. Jahre hatte ein normales Wachstum bestanden, von da war dasselbe stationär geblieben. Verf. vergleicht die eigene Beobachtung ausführlich mit den bisher in der Literatur niedergelegten, ebenfalls als hypophysär bedingt anzusehenden Fällen von Zwergwuchs. Schmincke (München).

318. Nobel, E., Zwei Fälle von Alopecia congenita. Ges. d. Ärzte in Wien, 23. April 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 417. 1920.

Die beiden Kinder, die geistig und körperlich völlig normal entwickelt sind, zeigen Fehlen der Kopf- und Körperbehaarung. Keine Heredität vorhanden, Wassermannreaktion bei Eltern und Kindern negativ. Es handelt sich um eine mangelhafte Anlage der Haarfollikel. J. Bauer.

319. Mass, O., Beitrag zur Kenntnis des Zwergwuchses. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **57**, 196. 1920.

In einer Einleitung über die Einteilung der verschiedenen Formen des Zwergwuchses betont Verf. die Notwendigkeit, hierbei nur die Ätiologie zu berücksichtigen. Er schlägt folgende Gruppen von Zwergwuchsformen vor: 1. Zwergwuchs bei pathologischen Drüsenfunktionen, 2. Zwergwuchs bei schweren Gehirnstörungen, 3. Zwergwuchs bei allgemeinen Ernährungsstörungen, Infektionen und Intoxikationen, 4. Zwergwuchs bei vorzugsweise die Knochen betreffenden Prozessen. Es folgt die Beschreibung zweier chondrodystrophischer Zwerginnen, von denen die eine erhebliche



differentialdiagnostische Schwierigkeiten machte. Es sei daher besonders auf die Röntgenogramme und Skelettabbildungen der Arbeit hingewiesen. Ausschlaggebend für die Diagnose Chondrodystrophie war die erhebliche Abplattung des Beckens, die sehr charakteristische Verbiegung der Fibula sowie die auffällige Kürze der Pars basilaris des Occipitalknochens, die auf frühzeitige Verwachsung des Tribasilare zurückzuführen ist. Eine Kombination mit Rachitis ist möglich. — Von allgemeiner Bedeutung ist es, daß es, abgesehen von Zwergwuchs, kein Symptom gibt, das bei jedem Fall von Chondrodystrophie vorhanden ist. Was die Psyche der Chondrodystrophiker anlangt, so sind in der Literatur mehrfach psychische Abnormitäten beschrieben worden, und auch der vorliegende Fall ist nicht frei von solchen, so daß man nicht nur von einer zufälligen Kombination körperlicher und psychischer Abnormitäten sprechen darf, sondern einen Zusammenhang beider annehmen muß. Bostroem (Rostock).

Sinnesorgane.

320. Berggren, S., Undersökningar över hörsel- och vestibularapparaten hos svenska arméns och marinens flygare. (Untersuchungen über den Gehör- und Vestibularapparat der Flieger in der schwedischen Armee und Marine). Jahresber. des Marineoberarztes 1918—1919, S. 75—102. (Schwedisch.)

Von Interesse sind zuerst die Untersuchungen über kalorische Reaktionen, die Verf. an 27 ohrgesunden Nichtfliegern vorgenommen hat. Methodik: Otocalorimeter von Brünings. Die zur Auslösung von Nystagmus nötige Menge 27 gradigen Wassers variierte zwischen 20 und 125 ccm. Nur 5 mal waren die Ziffern für rechts und links gleich; Unterschied 7 mal 5—10 ccm, mehrmals aber 80—85 ccm; links durchweg geringere Mengen nötig. Die Grenzziffer Brünings für 80% aller Normalen, 50—100 ccm, stimmen mit der Erfahrung des Verf. überein. Die Zeigereaktionen fielen so aus, daß an der ausgespülten Seite eine Abweichung nach außen immer erzielt wurde, an der anderen Seite aber eine Abweichung nach innen in ungefähr der Hälfte der Fälle fehlte, in den übrigen meistens unbedeutend war. Bei der Rombergschen Probe war die Fallneigung meistens vorhanden. — 35 Flieger wurden auf ihr Gehör geprüft; nur 9 waren unbeschädigt. Die übrigen hatten eine Herabsetzung variierenden Grades, so gut wie immer von labyrinthärem Typus. Nur 4 mal betraf die Verkürzung der Perzeptionsdauer die ganze Tonskala, meistens war sie nur am C_5 bemerkbar; außerdem fand sich bei allen eingeschränkte Perzeption für Flüsterstimme. Im ganzen war die Schädigung um so deutlicher, je länger die Versuchsperson als Flieger gedient hatte. Doch spielt offenbar die individuelle Disposition eine deutliche Rolle. — Die so gefundene Schädigung des Gehörs der Flieger schreibt Verf. auf das Motorgeräusch. Die Prüfung der verschiedenen Schutzanordnungen hat Verf. die Richtigkeit der Siebenmannschen Auffassung gezeigt, daß vor allem die Luftleitung für diese Schädigung in Betracht kommt. — 16 mal hat Verf. die Einwirkung eines Einzelflugs auf das Gehör geprüft, und dabei dasselbe unmittelbar vor und nach dem Fluge festgestellt. Dauer des Fluges 10—60 Minuten, Höhe 200—3500 m.



14 mal wurde eine bedeutende Einwirkung konstatiert; unter den 2 Refraktären war der eine ein Otosklerotiker. Bei diesen 14 war eine Einengung der Tonleiter sowohl von oben wie von unten, meistens eine Verkürzung der Perzeptionsdauer durch die ganze Tonleiter vorhanden, Perzeptionsentfernung für Flüsterstimme immer stark verkürzt. Die Schädigung der unteren Töne, die auf Druckschwankungen im Mittelohr beim Auf- und vor allem Absteigen zu schreiben sind, sind vorübergehend. Daß die labyrinthäre Schädigung früher oder später eine definitive wird, zeigt die obengenannte Gehörprüfung bei 35 Fliegern unabhängig vom Dienste. — Die Untersuchung am Vestibularapparat betraf 36 Personen; Verf. konnte keine bleibenden Abnormitäten feststellen. Die Unregelmäßigkeiten beim spontanen Zeigeversuch sowie Nystagmus und Reaktionsbewegungen nach calorischem Reiz fielen innerhalb normaler Grenzen. Doch verdient es, bemerkt zu werden, daß Verf. an 2 Personen bei der kalorischen Reaktion beiderseits eine Abweichung des Armes der Reizseite gegen die Regel fand. — 28 mal konnte Verf. die vestibulären Reaktionen unmittelbar nach Flugfahrten vornehmen. Nach Abstieg durch Sturz oder Gleiten konnten keinerlei Abnormitäten gefunden werden. Nach Spiralabstieg aber fand Verf. folgendes: Nach Abstieg aus 1000 m Höhe in einer Rechtsspirale in 1,5 Minuten fand er Nystagmus nach links und Abweichung beider Arme nach rechts im Zeigeversuch. Nach Abstieg in einer Linksspirale fand er entsprechende Reaktionen, dazu + Romberg. Zwischen diesen beiden Versuchen wurde ein Abstieg in einer Rechtsspirale bis zu 300 m über den Boden vorgenommen, danach der Abstieg im Gleitflug vollendet; nach diesem Abstieg fanden sich kein Nystagmus, kein Vorbeizeigen, kein Romberg. Verf. betont die Möglichkeit, daß durch solche vestibuläre Beeinflussung die Herrschaft des Fliegers über sich und die Maschine aufs Spiel gesetzt werden kann. — Ausführliche Versuchsprotokolle werden beigelegt. Antoni (Stockholm).

321. Biehl, C., Vagotonie und Ohr. Münch. med. Wochenschr. 67, 1263. 1920.

Bei Vagotonie im Sinne von Eppinger und Hess finden sich sehr häufig Klagen über Schwindel und subjektive Geräusche. Bei Darreichung von Atropin wurde der Schwindel geringer, während die subjektiven Ohrgeräusche zunahmen. Durch das Atropin wird infolge geringerer Ernährung der indifferenten Nährzellen das Volumen der Gallertmasse über der Cupula und den Otolithen etwas vermehrt. Da aber die Lymphmenge gleichbleibt, veranlaßt sie durch Druckwirkung eine Verminderung der Gallertmasse und eine Entlastung des Lymphdruckes, die das Nachlassen des Schwindels zur Folge hat. Infolge der andersartigen Bauart der cochlearen Zellen kommt bei diesen nicht die Druckentlastung, sondern die Wirkung der herabsinkenden Gallerte zur Wirkung, so daß durch das Atropin das Sausen nicht vermindert wird. Man könnte so zur Analyse der Vagotonie als Ausdruck einer Vagusschwächung oder Sympathicusreizung kommen. Eine Schwächung des autonomen Systems liegt vor, wenn bei Atropingabe der Schwindel aufhört, während das Sausen zunimmt, bei Pilocarpingaben das Sausen aufhört und kein Schwindel auftritt. Biehl weist auf die Paral-



lelität der Atropin- oder Pilocarpinwirkung im Ohre und im ganzen Nervensystem hin. Die durch Vagotonie hervorgerufenen Störungen bringen schließlich anatomische Veränderungen im Labyrinth hervor, so daß die Druckentlastung durch Eröffnung des runden Fensters symptomatisch allein übrigbleibt. Krambach (Berlin).

322. Heine, L., Über angeborene familiäre Stauungspapille. Graefes Arch. f. Ophthalmol. **102**, 339. 1920.

Hinweis auf das Vorkommen einer sog. Pseudostauungspapille als Analogon zur Pseudoneuritis. Bei der Diagnose Stauungspapille ist große Vorsicht notwendig selbst beim Bestehen cerebraler Symptome, wenn nicht Blutungen, weiße und graue Exsudate oder Transsudatflecke den Prozeß als sicher pathologisch erscheinen lassen. Besonders wichtig für die Diagnose ist auch die Enge der Arterien und Weite der Venen.
Bostroem (Rostock).

323. Gatscher, S., Über die diagnostische Bedeutung der Vestibularisuntersuchung. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 305. 1920.

Zusammenfassender Vortrag ohne neue Ergebnisse. J. Bauer.

324. Gatscher. S., Hypertrophie der rechten Schläfenbeinschuppe. Anomalie der vestibulären Erregbarkeit auf dieser Seite. Ges. d. Ärzte in Wien, 30. April 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 436. 1920.

Das Wesentliche aus dem Titel zu entnehmen. J. Bauer (Wien).

Körperflüssigkeiten (Blut, Liquor, Harn u. a.)

● **325. Ewald, G., Die Abderhaldensche Reaktion mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ergebnisse in der Psychiatrie.** Beihefte z. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol Heft 10. 1920.

Die Einleitung und der die erste Hälfte des Werkes ausmachende „theoretische Teil" geben eine umfassende Darstellung der biologischen Grundlagen des ganzen Forschungsgebietes, sodann der Vorgeschichte der Abderhaldenschen Abwehrfermente, der Entwicklung und Ausbreitung der Lehre, endlich unserer Kenntnisse über Herkunft, Natur und Spezifität der Abwehrfermente. Da Verf. auch an den theoretischen Fragen des Gebietes sich seit langem in ausgedehnter Arbeit beteiligt hat, so wirkt seine vorsichtig kritische Stellungnahme zu allen Streitfragen, die er meistenteils durch Mitteilung eigner Versuchsergebnisse begründet, besonders überzeugend. Im „praktischen Teil" werden zunächst alle Einzelheiten der Dialysiermethode kritisch gewürdigt, sodann auf Grund der gesamten Literatur und der eigenen in extenso wiedergegebenen Resultate die Ergebnisse der Abderhaldenschen Reaktion in der Psychiatrie dargestellt. Nur von diesem letzteren Teile des Werkes glaubt Ref. an dieser Stelle eingehender berichten zu sollen, und zwar durch Anführung der folgenden Zusammenfassung: 1. Die serologische Untersuchung auf Abwehrfermente bei Normalen ergibt bei guter Auswahl der zu untersuchenden Personen, d. h. bei Ausschaltung aller Individuen, die eine konstitutionell abnorme Veranlagung klinisch erkennen lassen, und die erblich belastet erscheinen, in der weit überwiegenden Mehrheit der Fälle ein negatives Resultat. 2. Hysteriker und Psychopathen zeigen in etwa der Hälfte der Fälle



Abbaureaktion mit irgendeinem Organ. Kombinierter Abbau einer ganzen Organgruppe ist bei ihnen keineswegs selten; auch erreicht die Stärke der Abbaureaktion nicht selten eine erhebliche Intensität. Man hat den Eindruck, daß schwerer Erkrankte im allgemeinen mehr zum Abbau von Organgruppen neigen, gleichzeitig aber auch, daß ein solcher nicht selten mehr passagerer Natur ist; bei wiederholter Untersuchung tritt oft ein rascher Wechsel in der Zusammensetzung der Organgruppierung zutage. 3. Auch bei Manisch-Depressiven beobachtet man in mehr als der Hälfte der Fälle Abbau irgendeines Organes, wesentlich seltener aber den Abbau einer ganzen Organgruppe; isolierter Schilddrüsenabbau scheint bei manischer Erkrankung nichts Seltenes zu sein, Leberabbau findet sich auffallend häufig bei Depressiven, besonders auch bei Angstzuständen; dieser scheint überhaupt Beziehungen zum Auftreten von depressiven Symptomenkomplexen zu besitzen, wie andererseits Schilddrüsenabbau besonders Zustände affektiver Übererregtheit bevorzugt. 4. Leichte Formen von Epilepsie bauen selten ab; mit zunehmender Erkrankung, besonders mit Eintritt der typischen Verblödung, scheinen Abbaureaktionen, speziell mit Gehirn, häufiger zu werden. Im unmittelbaren Anschluß an den Anfall scheint häufig, analog dem anaphylaktischen Schock, ein Fermentschwund einzutreten. Diese Verhältnisse müssen noch weiter studiert werden. 5. Paralyse baut in hohem Prozentsatz Gehirn ab, aber keineswegs mit der Regelmäßigkeit, die man früher anzunehmen geneigt war. Man begegnet negativen Reaktionen besonders bei langsam verlaufenden dementen Formen, und während guter Remissionen. Bezüglich des Abbaues anderer Organe wäre insbesondere auch auf die ursprüngliche Veranlagung der Persönlichkeit (hypomanisch, konstitutionell depressiv usw.) zu achten. 6. Bei Dementia praecox findet man von allen Erkrankungen am regelmäßigsten Abbaureaktionen, der Abbau von Geschlechtsdrüse und Gehirn steht im Vordergrund. Gruppenabbau ist häufig, besonders häufig Gehirn und Geschlechtsdrüse, oft auch die Trias Gehirn-Genitale-Schilddrüse. Der Abbau ist verhältnismäßig konstant bei Versuchswiederholungen, aber keineswegs absolut konstant. Ein Parallelismus zwischen klinischem und serologischem Befund ist mitunter nachweisbar, häufig nicht. Katatonie und Hebephrenie führen am regelmäßigsten, aber auch keineswegs immer, zum Abbau. Die Geschlechtsspezifität ist meist, aber nicht immer, gewahrt. 7. Die Resultate bei Alterspsychosen sind noch sehr uneinheitlich; es scheint sich häufig Gehirnabbau zu finden; weitere Untersuchungen sind abzuwarten. 8. Die symptomatischen Psychosen ergeben keineswegs mit der Regelmäßigkeit, wie man erwarten könnte, positive Gehirnreaktionen; sie scheinen sogar sowohl mit Gehirn als mit anderen Organen auffallend häufig negativ zu reagieren. Das vielfach bestehende hohe Fieber wirkt störend und kann zu unspezifischem Abbau führen. 9. Von den Schwachsinnsformen scheinen die Debilitäten, soweit es sich nicht um Kombinationen mit andern psychopathischen Komponenten handelt, vorzugsweise negativ zu reagieren. Bei Imbezillitäten tritt öfters Abbau verschiedener Organe auf; anscheinend mit zunehmenden klinisch erkennbaren Degenerationszeichen (die wieder in Richtung der Psychopathien gehen) immer häufiger. Idioten geben mit



vielen innersekretorischen Organen, oft auch mit Gehirn, positive Reaktionen; es kommen aber auch Fälle vor, bei denen Fermente vollkommen fehlen. Das Gebiet bedarf noch sehr der Bearbeitung. 10. Die Untersuchung klinisch sicherer innersekretorischer Erkrankungen führte zu dem erfreulichen Resultat, daß die beobachteten Abbauvorgänge unseren klinischen Vorstellungen in weitgehendem Maße entsprachen, was als willkommene Stütze dafür angesehen werden darf, daß wir es bei den andern, von Abbauvorgängen begleiteten Erkrankungen ebenfalls mit innersekretorischen Störungen parallel- oder gleichzusetzenden Anomalien des intermediären Zellstoffwechsels zu tun haben. — Alles in allem kann vorläufig der Ausfall der Abderhaldenschen Reaktion uns differentialdiagnostisch sehr wenig helfen, die Reaktion hat für die Psychiatrie keine wesentliche praktische Bedeutung. Ganz anders ist es mit ihrer Bedeutung auf theoretischem Gebiet. Wie Verf. in Übereinstimmung mit Aschner darlegt, kommt den innersekretorischen Drüsen, sei es nun auf neurogenem, sei es auf humoralem Wege, eine weitgehende Bedeutung für die Konstitutionsanomalien zu, oder wenigstens hat man gerade bei Konstitutionsanomalien mit innersekretorischen Dysfunktionen zu rechnen. Von den Normalen zu den funktionellen pathologischen Gruppen besteht eine ständige Zunahme der positiven Reaktionen parallel der Schwere der klinischen Erscheinungen. Wir werden darin den Ausdruck einer zunehmenden innersekretorischen Disharmonie erblicken dürfen. — Sein Gesamturteil über die Methode legt Verf. am Schlusse nieder in den Worten: „Den wunden Punkt der ganzen Methodik sehe ich in der vorläufigen Unmöglichkeit, die von Plaut erörterten Adsorptionsvorgänge, die positive Reaktionen vortäuschen können, auszuschließen. Läge die Sache so, daß es sich nur um adsorptive Vorgänge handelt, daß diese das Wesen des Dialysierverfahrens ausmachten, so würde das nichts besagen, die beobachteten Gesetzmäßigkeiten würden ihre praktische Bedeutung nicht verlieren. Dem ist aber nicht so; die fermentativen Vorgänge demonstrieren außer zahlreichen anderen Methoden besonders eindringlich die Erfolge der Rattensarkombehandlung Abderhaldens; hier ist jede Beobachtungstäuschung und jeder adsorptive Einfluß vollkommen ausgeschlossen. Das Schlimme aber ist, daß wir nicht beweisen können, daß im Dialysierverfahren adsorptive Einflüsse nicht mitsprechen, und daß nicht einmal bei allersubtilstem Arbeiten die Sicherheit besteht, daß sie ausgeschlossen sind. Trotzdem bin ich auf Grund meiner mitgeteilten Ergebnisse, die, wenn auch anders als man erst gedacht, einen Parallelismus zwischen serologischem Befund und pathologisch-physiologischem Geschehen erkennen lassen, geneigt, in dem Dialysierverfahren eine äußerst empfindliche — „überempfindliche" sagt Kafka in der Kritik meiner früheren Arbeit — spezifische (wenn auch nicht sicher fermentative) Reaktion zu sehen. Der Parallelismus zwischen serologischem Befund und pathologisch-physiologischem Geschehen, wie es uns durch die Lehren der innersekretorischen Forschung dargestellt wird, redet eine zu eindringliche Sprache. Ich bin mir aber wohl bewußt, daß es nahezu unmöglich ist, nach dem Ausfall der einzelnen Reaktion in dem einen oder andern Sinne ein Urteil abzugeben. Die Methode eignet sich im wesentlichen nur zur Fest-



stellung großer Gemeinsamkeiten an großem Material. Aber auf Grund dieser Ansicht glaube ich gezeigt zu haben, daß die Abderhaldensche Methode keineswegs versagt hat, sie hat nur unsere Erwartungen bezüglich ihrer praktisch differential-diagnostischen Verwertbarkeit nicht erfüllt; unsere theoretischen Vorstellungen hat sie bereichert, und hat manchen unbewiesenen Vermutungen zu einer festeren Basis verholfen." Lotmar (Bern).

326. Körtke, H., Serologische Untersuchungen an Geisteskranken der Staatskrankenanstalt Langenhorn in bezug auf die Erhöhung des antitryptischen Vermögens und die Abderhalden-Fausersche Dialysierreaktion sowie auf die Beziehungen zwischen beiden. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 148. 1920.

Untersucht wurden auf Antitrypsingehalt des Serums (nach mehreren Methoden, worüber Original) 140 Fälle von Dementia praecox; 32 Epileptiker; 15 Manisch-Depressive, 45 Paralytiker; 35 Imbezille, Minderwertige, Psychopathen und Hysterische; 10 Degenerierte mit Basedow-Erscheinungen; 7 Fälle von Pneumonie, Sepsis und Pyämie; 10 von Apoplexie; 60 von sekundärer Lues; 20 Gesunde. Nach Abderhalden - Fauser: 35 Gesunde; 65 Psychopathen, Minderwertige, Hysterische; 22 Imbezille; 45 Epileptiker; 70 Paralytiker; 15 Lues cerebri; 25 Manisch-Depressive; 5 geistig gesunde Influenzapneumonien; 208 Dementia praecox; 20 Dementia senilis u. dgl. Nach beiden Richtungen zugleich untersucht wurden 10 Gesunde, 24 Epileptiker, 26 Paralytiker, 18 Degenerierte usw., 7 Manisch-Depressive, 13 Senile. Die Ergebnisse sind folgende: „Hoher Antitrypsingehalt des Serums ist bei Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein, Epilepsie und Paralyse deutlich häufiger angetroffen als bei Gesunden und bei Degenerierten, bei Degenerierten und Psychopathen jedoch wieder häufiger als bei Normalen. Nur sehr hohe Werte weisen mit Sicherheit auf das Bestehen einer Krankheitsform hin. Differential-diagnostisch läßt sich die Erhöhung des Antitrypsingehaltes zur Abgrenzung von Dementia praecox gegenüber manisch-depressivem Irresein nicht verwerten, gegenüber geistig Gesunden und Degenerierten nur mit großer Reserve. Nur die verhältnismäßig seltenen sehr hohen Werte lassen sicherere Schlüsse zu, vorausgesetzt, daß man mit Sicherheit sonstige körperliche Krankheitszustände ausschließen kann. — Bei der Abderhalden-Reaktion ergibt sich, daß Abbauerscheinungen bei Gesunden nicht völlig fehlen, ohne daß dafür ein Grund angegeben werden kann. Auch gleichzeitiger Abbau von Gehirn und Geschlechtsdrüsen kommt vor. Häufiger sind Abbauerscheinungen bei Degenerierten, Psychopathen und Hysterikern, noch häufiger bei Manisch-Depressiven. Auch bei diesen Gruppen ist gleichzeitiger Abbau von Gehirn und Geschlechtsdrüsen nicht so selten, wie meist angenommen wird. Bei Dementia praecox, Epilepsie und Paralyse sind Abbauerscheinungen sehr häufig, besonders bei Dementia praecox ist auffallend häufig gleichzeitiger Abbau von Gehirn und Geschlechtsdrüsen vorhanden (in meinen Fällen 50%). — Bei der Gruppe der Degenerierten und Psychopathen, bei Dementia praecox und bei manisch-depressivem Irresein scheint ein Parallelismus zwischen erhöhtem Antitrypsingehalt und positiver Abderhalden-Reaktion zu bestehen, bei geistig Gesunden, Epilepsie, Paralyse und De-

mentia senilis wurde ein solcher nicht deutlich. Der Wert der Abderhalden-Reaktion für die praktische Diagnostik ist bisher recht beschränkt. Nur ganz allgemein kann geschlossen werden, daß positive Reaktion mehr für eine geistige Erkrankung besonders im Sinne der Dementia praecox spricht, wie negative. Die differential-diagnostische Bedeutung der Abderhalden-Reaktion als Kriterium zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein und der Degeneriertengruppe ist bisher nicht sichergestellt. Für die Prognose einer Erkrankung lassen sich weder aus dem Ausfall der Abderhalden-Reaktion, noch aus dem Antitrypsingehalt sichere Schlüsse gewinnen." Lotmar (Bern).

327. Schönfeld, W., Über die Mastixreaktion (Emanuels) und ihre Stellung zu anderen Reaktionen in der Rückenmarksflüssigkeit. Münch. med. Wochenschr. **67**, 482. 1920.

Aus der Zusammenfassung: Die Mastixreaktion ist ebensowenig spezifisch für Syphilis wie die bisherigen Liquorreaktionen (Phase I, Pándy, Weichbrodt, Zellvermehrung). Sie besitzt gegenüber der Phase I und der Pandyschen Reaktion den Nachteil, daß ihre Ausführung umständlicher ist. Bezüglich ihrer Empfindlichkeit steht sie zwischen Phase I und Pándyscher Reaktion, diagnostisch ist sie nur bei gleichzeitiger Anwendung dieser Liquorreaktionen verwertbar, bei Frühsyphilis ist sie von keiner besonderen Bedeutung, ebenso bei syphilisfreien Fällen. Sie stellt als klinische Untersuchungsmethode keine Erweiterung der Untersuchungsmethoden für die Rückenmarksflüssigkeit dar. Krambach (Berlin).

328. Koopmann, J., Aceton in der Cerebrospinalflüssigkeit. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 489.

Mitteilung von 6 Kaninchenversuchen; subcutane bzw. intravenöse Injektion von Aceton. Einatmung von Chloroform scheint den Plexus chorioid. für Aceton permeabler zu machen. Eugen Kahn (München).

329. Kafka, Blutforschung und Geisteskrankheiten. Med. Klin. **13**, 329. 1920.

In seiner akademischen Antrittsvorlesung gibt Verf. einen orientierenden Überblick über die Wege und Ziele der Blutforschung, wie sie seit Entdeckung der Wassermannschen Reaktion und seit Einführung der Lumbalpunktion ausgearbeitet worden sind. Die serologische Sicherung der Diagnose metaluetischer Erkrankungen, der Nachweis hormonaler Störungen auf biologischem und chemischem Wege in den Körperflüssigkeiten, die Aufdeckung von Beziehungen fermentativer Vorgänge zu psychopathologischen Zuständen und Vorgängen durch die Abderhaldensche Methode sind die wichtigsten bisherigen Ergebnisse dieser Forschungsrichtung. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

330. Kobrak, F. (Berlin), **Zur Frage der Zuverlässigkeit der serologischen und neurologischen Frühdiagnose der Syphilis.** Med. Klin. **7**, 183. 1920.

Da nach den Untersuchungen des Verf. funktionellen Störungen von seiten des Nervus acusticus als Frühsymptom einer luetischen Allgemeininfektion Bedeutung noch vor der Wassermannschen Reaktion zukommt, wird vorgeschlagen, auch die Empfindlichkeit der Sachs-Georgischen Reaktion in Verbindung mit dem Nervensymptom zu prüfen.

S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

331. Plaut, F., Untersuchungen über die Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen im Citratblut bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. **67**, 279. 1920.

Verhindert man die Blutgerinnung dadurch, daß man das Blut in Natr.-citricum-Lösung einfließen läßt, so erfolgt die Sedimentierung der Blutkörperchen beim Menschen bald rascher, bald langsamer. Auf die Geschwindigkeit der Sedimentierung wurde das Blut von 220 männlichen und 122 weiblichen Geisteskranken geprüft. Durch Ermittlung der Mittelwerte der Sedimentzahlen bei den einzelnen Krankheitsformen, Vergleich der Senkungsgeschwindigkeit von defibriniertem Blut im zugehörigen Serum mit der von Citratblut und Versuche mit verschiedenen Salzkonzentrationen kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: „Bei männlichen Kranken unterscheidet sich die Mehrzahl der Fälle von Paralyse, Lues und Arteriosklerose von der Mehrzahl der Fälle von Psychopathie, Melancholie, Dementia praecox und Epilepsie durch eine Beschleunigung der Erythrocytensedimentierung im Citratplasma. Die Beschleunigung der Sedimentierung wird durch Agglutination der Blutkörperchen herbeigeführt. Die Unterschiede des Agglutinationsgrades treten in der Regel nur unter dem Einfluß der Citrierung in Abhängigkeit von der Konzentration der Salzlösung deutlich hervor. Das Phänomen der Sedimentierungsbeschleunigung wird als ein pathologisches Zeichen von vorläufig nicht zu bestimmender Art angesprochen. Die Frauen sedimentieren schneller als die Männer; auch die weiblichen Paralysen zeigen Beschleunigung gegenüber anderen Krankheitsformen. Die Werte sind aber hier weniger stabil und durch physiologische Einflüsse (Menstruation?) beeinflußbar." Krambach.

332. Schick, B., Das Menstruationsgift. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 377. 1920.

Der Volksglaube, daß das Menstrualblut giftige Stoffe enthalte, fand in zahlreichen an einer durch viele Monate beobachteten Versuchsperson durchgeführten Untersuchungen seine Bestätigung. Die gesunde Hausgehilfin, die sich zur Zeit der Menses sehr müde fühlte, brachte durch Berührung frische Blumen zum Welken; der von ihr bereitete Hefeteig blieb in der Gährung zurück, während sie außerhalb des Menstruationstermines sich vollständig normal verhielt. Systematisch angestellte Versuche ergaben, daß der Schweiß das wirksame Agens enthält, ferner daß das Gift im Blute zirkuliert und wahrscheinlich an den roten Blutkörperchen haftet. Die menstruellen Beschwerden sind durch den Nachweis dieses Toxins verständlicher und die Frage der Dispositionsänderung des Organismus durch die Menstruation erscheint in anderem Lichte. J. Bauer (Wien).

333. Kumer, L., Über die Sachs-Georgische Ausflockungsreaktion. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 562. 1920.

Die an 1245 Seris parallel mit der Wassermannreaktion vorgenommene Ausflockungsreaktion nach Sachs-Georgi ergab in 187 Fällen ein übereinstimmend positives, in 824 ein übereinstimmend negatives Resultat. Nicht übereinstimmend reagierten 234 Sera, davon Wassermann positiv — Sachs-Georgi negativ 71, Wassermann negativ — Sachs-Georgi positiv 43, graduelle Unterschiede in der Stärke der Reaktion 120. Der Prozentsatz



gleicher Reaktionen ist somit 81%, und wenn man graduelle Unterschiede in der Stärke des Ausfalles außer acht läßt, 91%. Die differente Ergebnisse aufweisenden Sera stammen zumeist von alten oder behandelten Luetikern. Die Sachs-Georgische Reaktion geht früher in die negative Phase über als die Wassermannsche. Die Hauptschwierigkeit der Sachs-Georgischen Reaktion ist ein einheitlicher, womöglich von einer Zentralstelle zuzubereitender Extrakt. Früher kann diese Reaktion nicht an Stelle der Wassermannreaktion treten. J. Bauer (Wien).

334. Kirschner, L., und J. Segall, Zur Serodiagnose der Lues mittels neuerer Präcipitationsreaktionen. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 377. 1920.

Auf Grund von über 1000 vergleichenden Untersuchungen von Seris klinisch gut beobachteter Fälle wurde die Brauchbarkeit der Flockungsreaktionen nach Sachs und Georgi sowie Meinicke studiert. Auch die Erfahrungen der Autoren gehen dahin, daß die Resultate, die man mit der dritten Modifikation nach Meinicke erhält, am besten — in 90—95% — mit der Wassermannschen Reaktion übereinstimmen. Bei latenter Lues scheint diese Modifikation der Meinickeschen Reaktion der Wassermannschen überlegen zu sein. Da allen diesen Reaktionen ein Optimum der Mischungsverhältnisse zugrunde liegt, dürfte ihr genaues Studium eine Verfeinerung und Vervollkommnung der Serodiagnose der Lues ermöglichen. J. Bauer (Wien).

335. Kyrle, J., Latente Lues und Liquorveränderungen. — Untersuchungen an Prostitutierten. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 283 u. 313. 1920.

Das Kontingent an positiven und negativen Liquorfällen, das von der völlig unbehandelten Lues gestellt wird, ist ziemlich dasselbe. Aber auch bei den behandelten Fällen hat etwas mehr als ein Drittel positive Liquorveränderungen, so daß offenbar keine der seinerzeit in Anwendung gebrachten Therapien irgendeinen Effekt zu erzielen vermochte. Bei den Liquorveränderungen des Sekundärstadiums haben wir es vielfach mit passageren Vorkommnissen zu tun; aber auch für die Latenzzeit gilt es gewiß, daß ein positiver Liquor nicht unter allen Umständen das spätere Auftreten von schweren Nervenerkrankungen ankündigen muß. Die Frage, was ein positiver Liquor bei alter Lues bedeutet, kann bis nun nicht eindeutig beantwortet werden. J. Bauer (Wien).

Rückenmark und Wirbelsäule.

336. Henneberg, R., Rückenmarksbefunde bei Spina bifida (Diastematomyelie, kongenitale Syringomyelie). Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 1. 1920.

S. das Referat nach dem gleichlautenden Vortrage vom 16. VI. 1919.

337. Wagner, Richard, Zur Diagnose des Solitärtuberkels der Medulla spinalis. Zeitschr. f. Kinderheilk. **25**, 322. 1920.

Eingehende Beschreibung eines Falles (14jähriger Knabe), der bei Obduktion neben Miliartuberkulose, Hirntuberkeln u. a. auch einen Tuberkel im Lendenmark aufwies. Die neurologischen Erscheinungen spinalen Ursprungs waren im wesentlichen eine atrophische Lähmung des

rechten Beins. Nach Dörr dienen als diagnostische Stützpunkte: Tuberkulose in anderen Organen, einseitiger Beginn und einseitige Lähmung, anfangs dissoziierte, später totale Empfindungslähmung, schnelle Progression ohne Remissionen (im Gegensatz zur Spondylitis), Fehlen von Wirbelsymptomen, Erfolglosigkeit aller Behandlung. Husler (München).

338. Spiess, P., Kyphoskoliose und Tetanus. Münch. med. Wochenschr. **67**, 288. 1920.

Nachuntersuchung eines von Becher in Nr. 17 der Münch. med. Wochenschr. von 1918 mitgeteilten Falles von Kyphoskoliose nach Tetanus. Im Gegensatz zu B. kommt Verf. zu folgender Erklärung: infolge des durch tetanische Contractur verstärkten Zuges aller die Wirbelsäule bewegenden Muskeln entstand ein hoher longitudinaler Druck in den einzelnen Wirbelkörpern, der einen bestehenden Prozeß (Tuberkulose) zum Aufflackern gebracht hat. Infolgedessen Destruktion mehrerer Wirbelkörper und die weiteren Erscheinungen. Krambach (Berlin).

Schädel. Großhirn (Herdsymptome).

339. Schuster, Zur Symptomatologie der Stirnhirntumoren. (Demonstration.) Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Sitzung vom 8. XI. 1920.

Demonstration zweier kleinapfelgroßer Endotheliome. Im ersten Fall hatte der Tumor die 2. und 3. Stirnwindung eingedrückt und verdrängt, im zweiten Fall den ganzen Stirnhirnpol eingedrückt. Die Geschwülste gehen von den Hirnhäuten aus. Beide Fälle hatten weder allgemeine Erscheinungen eines Hirntumors noch deutliche Herdsymptome, aber in beiden Fällen bestand das gut ausgeprägte Symptomenbild der Paralysis agitans. Im ersten Fall (rechtsseitiges Endotheliom bei einer 64jährigen Frau) bestand seit 3 Jahren Zittern und zunehmende Steifigkeit der rechten Hand. Objektiv: typische Paralysis-agitans-Haltung und Gesichtsausdruck, Propulsion, Speichelfluß, Zwangsweinen und -lachen, typisches Zittern im rechten Arm und träge Bewegungen, Steifigkeit der Extremitäten. — Im zweiten Fall (linksseitiger Stirnhirntumor bei einem 75jährigen Mann) bestand Gang und Haltung der Paralysis agitans, feines Zittern und Steifigkeit der Extremitäten. Zuerst wurde die Diagnose Tremor senilis, nachher Paralysis agitans gestellt. Vortr. hat nach anfänglichen Bedenken mit Rücksicht auf den von Bostroem auf der Jahresversammlung deutscher Nervenärzte 1920 berichteten Fall von doppelseitigem Stirnhirntumor unter dem Bild der Paralysis agitans sich zur Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs entschlossen. In der Literatur hat nur Kleist über der Schüttellähmung ähnliche Symptomenbilder bei Stirnhirnschädigungen berichtet. Er führt sie auf die Ausschaltung von vom Stirnhirn über das Kleinhirn zur Brücke ziehenden Reizen zurück, wodurch eine Enthemmung der spinalen Eigenreflexe und dadurch tonische Zustände der Muskeln auftreten. Mit Rücksicht auf die O. und C. Vogtschen Befunde im Striatum bei Paralysis agitans und das Fehlen von direkten Faserverbindungen zwischen Stirnhirn und Striatum wird man eine indirekte Schädigung

des Striatum durch Druck vom Stirnhirn aus vermuten müssen, wenn man nicht eine Beeinflussung der Motilität im genannten Sinne sowohl vom Stirnhirn wie vom Striatum aus annehmen will (entsprechend einer doppelten Anregung der athetotischen und ähnlicher Bewegungen durch Striatum und Kleinhirn). Die anatomische Untersuchung wird wahrscheinlich Klarheit geben, ob es sich um eine Koinzidenz von echter Paralysis agitans und symptomlosem Hirntumor, oder, was Vortr. für wahrscheinlicher hält, um das seltene Vorkommen der Symptome der Paralysis agitans als Lokalzeichen einer Stirnhirnerkrankung handelt.

Aussprache: Liepmann fragt, ob denn Untersuchung von Hirnschnitten schon die Intaktheit des Corpus striatum ergeben habe.

Bonhoeffer möchte das Zusammentreffen des einseitigen Stirnhirnendothelioms mit dem Paralysis-agitans-Bilde doch für eine zufällige Koinzidenz halten. Daß Endotheliome symptomenlos verlaufen und überraschend auf dem Sektionstisch sich finden, ist nichts Ungewöhnliches, und erklärt sich aus dem langsamen, ohne Verdrängungserscheinungen einhergehenden Wachstum. Daß einseitige Tumoren in den vorderen Abschnitten des Stirnhirns ein Bild der Paralysis agitans machen, entspricht nicht der sonstigen klinischen Erfahrung. Die Wahrscheinlichkeit, daß die beiden Paralysis-agitans-Kranken zufällig Endotheliome gehabt haben, ist deshalb wohl größer. Vielleicht bringt der mikroskopische Befund noch die Klärung. — Bezüglich der Hypophysengangcyste erkundigt sich Bonhoeffer nach dem Verhalten der Hypophyse selbst, die auf der Abbildung nicht zu sehen ist. Es wäre wichtig zu wissen, ob die Hypophysengangcysten nicht in ähnlicher Weise wie der Hydrocephalus durch den vorgestülpten dritten Ventrikel Druck auf die Hypophyse und entsprechende hypophysäre Symptome hervorrufen.

Peritz: Auch ich wollte an Schuster die Frage richten, ob sich an der Hypophyse selbst Veränderungen haben nachweisen lassen. Die Größe des Tumors läßt doch vermuten, daß der ganze Hypophysengang abgesperrt ist und jegliche Verbindung zwischen Hypophyse und Regio subthalamica unterbrochen ist. Unter diesen Umständen wäre auch eine Untersuchung der Regio subthalamica außerordentlich erwünscht; denn bekanntlich besteht ja die Ansicht, daß das Sekret der Hypophyse auf diese Gegend einwirkt und erst durch Vermittlung der Regio subthalamica auf die Erfolgsorgane seine Wirkung ausübt. Besteht diese Theorie zu Recht, so müßte man bei der geringen Ausbildung hypophysärer Symptome in diesem Falle annehmen, daß das Sekret der Hypophyse auch auf dem Blutwege dem Organismus zugeführt wird.

Schuster (Schlußwort): Betreffs der Hypophyse habe ich noch nachzutragen, daß sie sowohl am frischen Präparat als auch gehärtet nichts Abnormes, besonders keine Vergrößerung zeigte. Auch mikroskopisch war die Hypophyse, wie mir Pick mitteilt, normal. — Um die Präparate für die Demonstration zu schonen, habe ich die beiden letzten Gehirne noch nicht durchschnitten, kann also noch nichts darüber sagen, ob etwa Veränderungen im Striatum vorhanden sind. — Die Bedenken Bonhoeffers kann ich nicht als unberechtigt zurückweisen und nicht völlig entkräften. Ich habe diese Bedenken selbst, wie ich vorhin schon betonte, gehabt. Wenn ich mich dennoch zur Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Tumorbildung und Paralysis-agitans-Symptomen entschied, so geschah dies, weil mir meine eigenen Fälle, der von Boström berichtete und die von Kleist erwähnten Symptomenbilder zu viel gemeinsames zu haben scheinen. Außerdem scheint mir auch der Umstand, daß in meinen Fällen gerade gewisse Züge (so in dem einen Fall die Art des Zitterns der Hand, die erhaltene Mimik usw.) atypisch waren und nicht völlig dem Bilde der Paralysis agitans entsprachen, eher für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Tumorbildung und Symptomenbild zu sprechen. Im übrigen bin ich mir wohl bewußt, daß Endotheliome des Gehirns an den verschiedensten Teilen häufig völlig symptomlos verlaufen und einen häufigen Nebenbefund bei den Sektionen der Irrenanstalten bilden.

K. Löwenstein (nach Eigenberichten).



340. Huisken, G., Cerebrale Herderkrankungen bei Typhus und Influenza. (Mit Beiträgen zur Kenntnis der grammatischen Sprachstörungen.) Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 311. 1920.

Fall 1 (motorisch-sensorische Aphasie mit Agrammatismus und rechtsseitiger Hemiplegie nach Typhus) zeichnet sich durch die große Ausdehnung der Schädigung und die nur geringe Besserung vor den meisten bisher beschriebenen Hemiplegien nach Typhus aus. Fall 2 (sensorische Aphasie mit Paragrammatismus bei Influenza) ist ausgezeichnet durch die lange Dauer der aphasischen Erscheinungen, während solche in den bisher veröffentlichten Fällen nur wenige Tage bestanden.

Fall 1: 10 Tage nach Typhusbeginn apoplektischer Insult mit rechtsseitiger Hemiplegie, ausgedehnten Sensibilitätsstörungen und völliger Wortstummheit. Rückbildung der motorischen Aphasie in $3^1/_2$ Jahren bis auf geringe Reste. Eine anfängliche teilweise Worttaubheit geht ebenfalls erheblich zurück. Laut- wie Wortfindung noch gestört, wohl größtenteils abhängig von der Schläfenlappenerkrankung, doch dürfte ein Teil der literalen Paraphasien motorisch-aphasischer Natur sein. Hervorzuheben ist bei der Wortamnesie die Vermeidung zusammengesetzter Worte, was Kleist schon wiederholt bei Agrammatikern fand. Alexie für Einzelbuchstaben und Sinnloses, sowie für manche Wortarten: Abstrakta und spezifisch grammatische Worte. Partielle Agraphie für Diktat, fast völlig für Spontanschreiben. Initiativ nahezu Mutazismus, vor allem aber hochgradiger Agrammatismus (anfänglich bis zum Depeschenstil gehend); paragrammatische Fehler anfangs vereinzelt, später mehr hervortretend. Auch das grammatische Verständnis in gewissem Umfange gestört (auffällig schlechte Auffassung von Sätzen). Lädiert sind zweifellos sowohl die frontale wie die temporale Sprachregion. Es ist einer der Fälle, in denen sich die grammatischen Störungen aus einer Totalaphasie mit Vorwiegen der motorischen Komponente entwickeln. Die Paragrammatismen sind auf die temporale Läsion zu beziehen; über die Grundlage des Agrammatismus siehe unten.

Fall 2. Am 5. Tage einer leichten Influenza, die mit Mitralendokarditis verbunden ist, Embolie im Bereich des sensorischen Sprachzentrums, die rasch vorübergeht. Zweiter Insult 3 Wochen nach Krankheitsbeginn, 8 Tage nach der Entfieberung: Sprache erst lallend, dann auf wenige Worte beschränkt, später paraphasisch. Sprachverständnis leicht herabgesetzt. Geringe Gesicht-Zungen-Armbeteiligung. Also embolische Erweichung der temporalen Sprachregion mit geringerer Beteiligung der unteren Teile der Zentralwindungen bzw. des zugehörigen Stabkranzes. Aphasie im einzelnen: Sprachverständnis wenig gestört, hauptsächlich noch für Namen von Körperteilen und von Abstrakten. Nachsprechen schlechter als das Sprachverständnis, Sprechvermögen an sich ungestört. Erhebliche Erschwerung der Wortfindung. Also neben dem Symptomenkomplex der Leitungsaphasie eine amnestische Aphasie mäßigen Grades. Lesen gut, Schreiben erheblich betroffen, besonders das Spontanschreiben (hochgradige verbale Perseveration und Neigung zu fehlerhaften Wortzusammensetzungen; letzteres übrigens auch im Spontansprechen: es handelt sich da um Paraphasien höherer Stufe). Grammatische Störungen geringer als in Fall 1, und zwar vorwiegend Paragrammatismen, besonders häufig in Form paragrammatischer Kontaminationen (z. B. „die Sehnsucht ... ist das Verlangen ... sie haben das Ende von beiden Seiten zusammengenommen“ kontaminiert etwa aus „sie haben von beiden Seiten bzw. Enden das Verlangen zueinander zu kommen“ und der bildlichen Wendung „die beiden Enden einer Strecke (etwa einer Schnur) zusammennehmen“. In minderem Maße auch Depeschenstil (Agrammatismus i. e. S.). Das Bild der Leitungsaphasie deutet entsprechend Liepmann-Pappenheims Sektionsfall darauf, daß der zugrunde liegende Herd im Schläfenlappen sitzt. Dies wird noch gestützt durch die gleichzeitige stärkere amnestische Aphasie.

Wegen der leichten agrammatischen Störungen im zweiten Falle



Mitverletzung der Brocaschen Region anzunehmen, wäre gezwungen, sie sind wohl ebenso wie die stärkeren Paragrammatismen als temporale Funktionsstörung zu deuten. Und zwar ist der Paragrammatismus als eine der Paraphasie analoge Störung aufzufassen, während der temporale Agrammatismus eine Amnesie (Unerweckbarkeit) für die spezifisch grammatischen Worte und die formalen Regeln der Satzbildung („Satzformeln") darstellt und der Wortamnesie vergleichbar ist („amnestisch-grammatische Störung" oder amnestischer Agrammatismus). Es ist aber durchaus möglich, daß außer dem temporalen (amnestischen) auch ein motorischer, frontaler Agrammatismus (Depeschenstil) vorkommt. Es sind also drei Arten von grammatischen Sprachstörungen zu unterscheiden: 1. Grammatische Störungen der sensorischen Sprachzone: a) Paragrammatismus, b) amnestisch-grammatische Störung (äußerlich agrammatischer Charakter, aber nur selten und vorübergehend ausgeprägter Depeschenstil). Diese beiden Störungen sind Analoga der Paraphasie und Wortamnesie, nämlich Störungen der „Satzfindung": Fehlerweckung oder Unerweckbarkeit der grammatischen Worte und Regeln. 2. Grammatische Störungen der motorischen Sprachzone: motorischer Agrammatismus; eine schwerere und anhaltendere Störung im Sinne des Verlustes der grammatischen Fähigkeiten (Depeschenstil). Dazu kommt die (wohl eher temporal bedingte) Störung des grammatischen Verständnisses (Satzsinnverständnis, Verständnis für spezifisch grammatische Worte). — In Fall 1 ist der Agrammatismus wohl größtenteils motorischer Natur, aber wahrscheinlich mit Beteiligung amnestisch-agrammatischer Störungen. Im zweiten Falle handelt es sich wohl um ausschließlich temporal bedingte paragrammatische und amnestisch-grammatische Störungen. Lotmar (Bern).

341. Seelert, H., Beitrag zur Kenntnis der Rückbildung von Apraxie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 48, 125. 1920.

Siehe das Referat nach dem Vortrage in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 8. VII. 1918. Lotmar (Bern).

342. Weise, Hans, Über Spättod nach Schädelverletzungen. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 131.

Mitteilung von 3 Fällen. Eugen Kahn (München).

Intoxikationen. Infektionen.

343. Stiefler, G. (in Gemeinschaft mit M. v. Kurz), (Linz a. D.), **Zur Klinik der Encephalitis lethargica epidemica.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Bericht über 59 Fälle, 34 männlichen, 25 weiblichen Geschlechts. Keine auffallende Bevorzugung des jugendlichen Alters. Krankheitsbeginn meist plötzlich mit Mattigkeit, Schwindel, Frösteln (Schüttelfrost sehr selten). Verschiedenartigkeit der Frühsymptome (neuralgiforme Schmerzen, Doppeltsehen, eigenartige Muskelzuckungen, delirante Unruhe, Schlaflosigkeit, Schlafsucht). Die Schlafsucht war das hervorstechendste und konstanteste Symptom (95,4% bei Abrechnung der binnen weniger Tage



ad exitum gelangten F. und der abortiven Formen, 97,7% auf sämtliche Fälle berechnet). Hyperkinetische Erscheinungen (Chorea- und myoklonusartige, tonisch ablaufende Muskelzuckungen, Myokymie) in 55,9%, parkinsonartige Bewegungsstarre und katatone Bewegungshemmungen in mehreren Formen. Psychische Veränderungen, meist Delirien vom Charakter des Beschäftigungsdelirs mit manischer Grundstimmung in 66%. Pupillenstörungen in 74,6% (darunter wiederholt Argyll-Robertson, totale Pupillenstarre). Doppeltsehen in 49,1%; von den Augenmuskelnerven waren am häufigsten der Oculomotorius und Abducens, der Trochlearis nur selten betroffen. Nystagmus in 1/4 der Fälle. Facialisparese in allen 3 Ästen häufig, wiederholt kombiniert mit gleichseitigen Abducens- und wechselständigen Extremitätenparesen. Zahlreiche Fälle mit Beteiligung des Rückenmarks. Vereinzelte Fälle mit Muskelatrophie, Sakralmarkquerschnittsläsion; ein- und doppelseitige Abschwächung, bzw. Aufhebung des K. S. R. in 14 Fällen (23,4%), des A. S. R. in 12 Fällen (20,3%), spinal bedingte Blaseninnervationsstörungen in 11 Fällen (18,6%). Tabiforme Symptomenkomplexe im Bilde der E. l. und ihre differentialdiagnostische Bedeutung gegenüber Tabes. Fieberbewegungen, meist geringen Grades, in 45 von 51 Fällen (88,2%). Neuropathische Konstitution in etwa 1/4 der Fälle. Die Aufstellung gesonderter Formen wie einzelne Verlaufsstadien erwies sich meist als undurchführbar, die Prävalenz und Konstanz der Schlafsucht und der entschieden epidemische Charakter der Erkrankung sprechen für die Beibehaltung des von Economo gewählten Namen (Encephalitis lethargica epidemica). Hinsichtlich Verlaufsart Einteilung in 25 schwere, 11 mittelschwere, 16 leichte (zum Teil ambulante), 7 abortive Fälle. Betonung des ungemein schleppenden Verlaufes mit Neigung zur schubweisen Entwicklung und Rückfällen (subchronische Formen). Geheilt: 32 Fälle (54,2%), geheilt mit Defekt(?) 3 Fälle, gestorben 12 Fälle (20,3%). Therapie: Gute Wirkung von Elektrargol (intravenös) und polyvalentem Staphylokokkenvaccin in mehreren Fällen. Gegen postencephalitische nervöse Schwächezustände haben sich Strychnininjektionen gut bewährt. 2 Fälle schienen für die Übertragbarkeit von Person zu Person, einer durch gesunde Zwischenträger zu sprechen. Hinsichtlich des Verhältnisses der Encephalitis lethargica zur Grippe begründet Vortr. an der Hand eigener Erfahrungen den Standpunkt, daß die Encephalitis lethargica eine von der Grippe ätiologisch durchaus verschiedene, selbständige Erkrankung ist. (Erscheint ausführlich in der Zeitschrift für d. ges. Neurol. u. Psychiatr.) Eigenbericht (durch Görning).

344. Hilgermann, Lauxen und Shaw (Sulzbach), **Bakteriologische und klinische Untersuchungsergebnisse bei Encephalitis lethargica. Protozoen als Krankheitserreger.** Med. Klin. **16**, 415. 1920.

Verff. fanden bei einigen typischen Fällen eigenartige, als Entwicklungsstadien von Protozoen aufzufassende Zellschmarotzer in den Leberzellen, den Zellen der Ventrikelflüssigkeit und des peripheren Blutes, in Milz und Knochenmark. Die Eingruppierung der Protozoen gelang bisher nicht; die Entscheidung, welche Überträger in Betracht kommen, muß weiteren Studien überlassen bleiben. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).



345. Bab, W., Psychogene Komponente bei der Entstehung von Doppelbildern in einem Falle von Encephalitis lethargica. Neurol. Centralbl. **39**, 391. 1920.

Bei einem leichten Fall von Encephalitis lethargica nach Grippe (Pupillendifferenz, leichte Ptosis, Nystagmus, Doppelbilder, artikulatorische Sprachstörung, Schläfrigkeit), die rasch vorüberging, traten gefärbte echte Doppelbilder von wechselndem Typus während 5 Tagen auf, ohne daß bei der Prüfung ein gefärbtes Glas verwendet wurde.

Krambach (Berlin).

346. Pilcz, A., Zur Klinik der epidemischen Encephalitis. Neurol. Centralbl. **39**, 386. 1920.

5 atypische Fälle von epidemischer Encephalitis, vorwiegend lethargica, die sämtlich zum Exitus führten, bei denen aber leider keine Sektionen gemacht werden konnten.

1. Bei einer aus neuropathischer Familie stammenden Frau entwickelt sich während einer Grippepneumonie das Krankheitsbild der manisch gefärbten Amentia bei normalem Nervenbefund, läßt dann bei Fieberfreiheit rasch nach und macht einem hypomanischen Bild Platz. 3 Wochen nach Beginn der Grippe plötzlich Somnolenz, Ptosis, einseitige Abducensparese, faszikuläre Zuckungen im rechten Mundfacialis, verwaschen-bulbäre Sprache. Die Erscheinungen sind nach 24 Stunden restlos verschwunden, die hypomane Stimmung tritt wieder ein. 4 Wochen später Rezidiv. Somnolenz, bulbäre Sprache, Abducensparese, Schlingbeschwerden, Urin- und Kotabgang, gleichzeitig Rezidiv der Grippepneumonie. Exitus nach 5 Tagen. 2. In einem Zwischenraum von 12 Tagen traten bei einer Frau perakut zweimal rein meningeale Reizerscheinungen auf (ohne Grippe), die rasch zurückgingen. Bei einer 3. Attacke, 3 Wochen nach Beginn, neben dem meningealen Prozeß (Lumbalpunktat: Eiweiß vermehrt, Lymphocyten 128, Polynucleäre 26. WaR. 0) Somnolenz, doppelseitige Ptosis, Facialisparese rechts. Babinski rechts +, totale Pupillenstarre, leichte Unruhebewegungen in Kopf- und Schultermuskulatur. Exitus nach 8 Tagen. 3. Nach Ablauf einer Grippepneumonie erkrankt eine Epileptikerin an einer Psychose mit Echolalie, Grimassieren, Unfixierbarkeit: dabei keine krankhaften Zeichen von seiten des Nervensystems. 14 Tage später plötzlich schwere Lethargie, Abducensparese rechts, P.S.R. 0, A.S.R. rechts +, links 0, Bauchreflex beiderseits 0, Rigor, vorübergehend tonische Krämpfe im linken Arm. Pupillen entrundet, miotisch, reagieren auf Licht ganz träge. Bei Aufsetzen werden die Pupillen mydriatisch und reagieren prompt auf Licht, ohne daß Patient aus dem Sopor erwacht. Exitus nach 12 Tagen. Die merkwürdige Pupillenreaktion erklärt Verf. so, daß durch das Aufsetzen ein Erwachtwerden subcorticaler Zentren bei Weiterschlafen des Cortex erfolgt. 4. Ein 43 jähriger Mann mit positivem Wa., der vor 2 Jahren einen Schwindelanfall gehabt hat, erkrankt plötzlich mit Kopfschmerzen, Schwindel, Doppelbildern, zunehmender Schlummersucht, Erbrechen; träge Pupillenreaktion, Zeigeversuch links positiv. Nach 8 Tagen benommen, links Ptosis, linksseitige zentrale Facialisparese, Pupillen r. $>$ l., lichtstarr, P.S.R. + r. = l., beiderseits Babinski und Oppenheim + r. $<$ l. Bauchreflex 0. Rigor des linken Arms, bulbäre Sprache. Wiederholtes Erbrechen, Krämpfe rechts. Exitus am nächsten Tage. 5. Eine 51 jährige Frau erkrankt plötzlich mit heftigem Erbrechen, das bald nachläßt, Kopfschmerzen, vorübergehender Bewußtlosigkeit. Es findet sich beiderseits Ptosis, träge Pupillenreaktion, druckempfindliche Augäpfel, angedeutete Nackenstarre und Kernig, keine Halbseitensymptome, dauernd fieberfrei. Harnuntersuchung 7 Tage später ergibt Befund der chronischen Schrumpfniere. 9 Tage nach Beginn dazu periphere Facialisparese. Wohlbefinden; 14 Tage nach Beginn Facialisparese und Ptosis schwächer, psychisch verändert, reizbar. Zwei Wochen später plötzlich Bewußtlosigkeit, Erbrechen, am nächsten Tage Exitus. Krambach (Berlin).

347. Hart (Berlin-Schöneberg), **Über Encephalitis bei und nach Grippe.** Med. Klin. **33**, 846. 1920.

Vom anatomischen Standpunkt sind zwei Formen der Encephalitis zu unterscheiden. Die erste Form, die Encephalitis haemorrhagica, wird höchstwahrscheinlich nicht durch die spezifischen Grippeerreger, sondern durch sekundäre Erreger hervorgerufen, wie sie ähnlich auch im Anschluß an andere Infektionskrankheiten auftreten. Den Grippeerregern kommt dabei gewissermaßen die Rolle eines Schrittmachers für die sekundäre Infektion zu. Bei dieser Purpura cerebri spielt zweifellos eine gewisse Bereitschaft des Organismus zu Blutungen eine Rolle. Verf. sah diese Form am schönsten bei einer Scharlachrekonvaleszentin als Teilerscheinung einer allgemeinen hämorrhagischen Diathese. Die Zahl der Blutungen ist dabei, was die anatomische Diagnostik betrifft, belanglos. So ist Verf. geneigt, auch 3 ihm bekannte Fälle von apoplektischer Hirnblutung bei älteren Grippepatienten in den Bereich der Purpura cerebri einzubeziehen. Man würde die Zahl der an Encephalitis haemorrhagica Erkrankten, nach Ansicht des Verf., beliebig vermehren können, wenn man bei möglichst allen an Grippe Verstorbenen eine eingehende Gehirnsektion vornehmen würde. — Die sog. Encephalitis lethargica mit ihren verschiedenen choreatischen, athetotischen, konvulsivischen Zustandsbildern erwies sich anatomisch als eine von der Purpura verschiedene Erkrankung. Verf. sah zwar auch hier gelegentlich kleine Blutaustritte und Ringblutungen, doch bestand die Hauptveränderung in perivasculären Zellansammlungen, die, sehr im Gegensatz zu den Blutungen bei der Purpura, fast nur in der grauen Substanz vorkamen, besonders im Gebiet von Thalamus, Pons und Medulla oblongata; auch in den weichen Hirnhäuten fanden sich solche Zellinfiltrate. Die bei dieser Form auftretenden anatomischen Veränderungen bringen nach dem Verf. die beste Erklärung für die Mannigfaltigkeit des klinischen Bildes, vor allem auch für die nervösen Residualerscheinungen nach Grippe.

S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

348. Economo, Considérations sur l'épidémologie de l'Encéphalite léthargique et sur les différentes formes. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie **7**, 276. 1920.

Gute Übersicht über Begriff der Encephalitis lethargica und ihrer verschiedenen Erscheinungsformen zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Orten. Economo unterscheidet eine Reihe von Formen: 1. die meningeale Form mit Ophthalmoplegie und Somnolenz ohne die Zeichen allgemeiner Intoxikation (Wien 1916—17); 2. einfache somnolente Form mit Ophthalmoplegie und Fieber (Frankreich 1918); 3. somnolente ophthalmoplegische Form mit Symptomen, die an Parkinson erinnern (England 1918); 4. somnolente, bulboparalytische Form, die an Parkinson erinnert mit Pupillenlähmung, ohne die Zeichen allgemeiner Intoxikation (Hamburg 1919); 5. delirante, hyperkinetische, schmerzhafte Form mit wenig Somnolenz, mit Fieber und schwersten toxischen Erscheinungen (Australien 1918, Kiel 1914, Italien und Österreich 1920); 6. tabesähnliche Form mit oder ohne Hyperkinese (Österreich 1920). Zu diesem ausführlichen Berichte E.s macht C. von Monakow in einem Zusatz einige Be-



merkungen über den Unterschied im anatomischen Befund von Encephalitis lethargica und der Influenzaencephalitis: bei der Influenzaencephalitis siedeln sich die Thromben in den größeren Arterien des Großhirns an, bei der Encephalitis lethargica finden sich die Thromben mehr in den Venen des Hirnstamms und veranlassen Stauungserscheinungen. W. Mayer.

349. Teleky, L., Quecksilbervergiftung bei Hutmachern. Ges. d. Ärzte in Wien, 30. April 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 437. 1920.

Die zur Filzerzeugung verwendeten Hasenfelle werden mit einer Lösung von salpetersaurem Quecksilber gebeizt, damit sich die Haare verfilzen. Die erkrankten Arbeiter zeigen mehr oder weniger starkes Quecksilberzittern, das auch bei alten Arbeitern auftrat, die jahrelang diese Arbeit verrichtet hatten, ohne zu erkranken. Offenbar ist die Verarbeitung des frisch gebeizten Haares, wie sie jetzt in Wien geübt wird, gefährlicher als die des von auswärts bezogenen gebeizten, dessen Bezug jetzt aus valutarischen Gründen nicht möglich ist. J. Bauer (Wien).

350. Spät, W., Zur Frage der epidemischen Encephalitis. Wien klin. Wochenschr. **33**, 289. 1920.

Bericht über 19 Fälle von Grippeencephalitis, unter denen namentlich die leichteren oft diagnostische Schwierigkeiten boten, da sie als Hysterie, Chorea minor u. dgl. beurteilt wurden, bis sich das Krankheitsbild klärte. Bei Formen mit Tobsucht und Jaktationen bewährte sich Hypnose, die die sofortige Beruhigung der Kranken zur Folge hatte. Bei benommenen Patienten trat auf Lumbalpunktion eine bedeutende Besserung auf, die zwei bis drei Tage anhielt. Es scheint außer der Druckentlastung auch die Beseitigung von Toxinen hierbei eine Rolle zu spielen. J. Bauer.

351. Hoke, E., Auftreten von Polyurie (Diabetes insipidus?) im Verlaufe eines Falles von Encephalitis epidemica. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 562. 1920.

Eine 23jährige Patientin machte nach einer Grippepneumonie mit verzögerter Lösung eine Encephalitis durch, die unter dem Bild einer Chorea verläuft und später in Somnolenz und Koma, das vier Wochen anhielt, übergeht. Bei allmählicher Besserung des Befindens treten Harnmengen von 8—10 l täglich auf, die auf Pituglandolinjektionen prompt auf 3 l absinken. Der Fall ist noch in Beobachtung. J. Bauer (Wien).

352. Hirsch, Albert, Encephalitis lethargica bei einem 11 Wochen alten Säugling. Münch. med. Wochenschr. **67**, 428. 1920.

Während der ersten 2 Tage der Erkrankung Fieber und Schlafsucht, dann sensible und motorische Überregbarkeit, Zusammenzucken mit Nystagmus, Facialis- und Peroneusphänomen, tetanische Zuckungen im linken Facialisgebiet, inkompakter Strabismus; enge Pupillen, bisweilen tonischer Streckkrampf der Arme und Beine, Spreizen der Finger und Zehen, keine dauernde Bewußtseinstrübung. Allmähliches Schwinden des Fiebers und der Reizsymptome innerhalb von etwa 4 Wochen. Hirsch meint, daß es sich um die hyperkinetische Form der Encephalitis lethargica im Anschluß an Grippe handelte (das Kind hatte 14 Tage vorher eine fieberhafte Nasopharyngitis). Krambach (Berlin).



353. Marie, Pierre, et Gabrielle Lévy. Le syndrome excitomoteur de l'encéphalite épidémique. Rev. neurol. **27**, 513. 1920.

Die unwillkürlichen Bewegungen im Anschluß an Encephalitis lassen sich einteilen in 1. choreatische Bewegungen, 2. rhythmische Bewegungen von großer Schwingungsweite an proximalen Gliedabschnitten lokalisiert, 3. Myoklonie, 4. Parkinsonsches Syndrom, 5. reine Zitterbewegungen, 6. ticartige Bewegungen im Gesicht. — Diese Erscheinungen können zustande kommen als primäres Symptom von kurzer oder langer Dauer. Sie können außerdem etwa eine Woche nach dem Beginn der Krankheit oder endlich als Spätsymptom 2—3, ja bis zu 6 Monaten nach der akuten Erkrankung auftreten. Die motorischen Erscheinungen können andauern mehrere Monate bis 1 oder $1^1/_2$ Jahre, vielfach bleibt ein Schwächezustand zurück. — Diagnostisch erscheint erwähnenswert, daß objektive Zeichen einer Läsion des Nervensystems (Reflexstörungen usw.) fehlen. Relativ häufig, abgesehen von den Bewegungsstörungen waren folgende Symptome: Hinterhauptschmerz mit Gefühl von Nackensteife (besonders im Beginn der Parkinsonschen Syndrome), Kaustörungen mit und ohne Schmerzen in den Kaumuskeln, Zähneknirschen, Facialiszuckungen, Speichelfluß, leichte Sprachstörung, fibrilläres Zittern der Zunge, Gefühl von Enge in der Luftröhre, Gähnen, Singultus, Atemstörungen, Schmerzen von neuritischem oder lanzinierendem Charakter. Als Beispiele folgen die Krankengeschichten einiger typischer Fälle. Sektionsbefunde fehlen. Es erscheint bemerkenswert, daß auch bei den mit hyperkinetischen Erscheinungen einhergehenden Fällen kein Exitus beobachtet ist. Bostroem (Rostock).

Störungen des Stoffwechsels. Innere Sekretion.

354. Askanazy, Die Zirbeldrüse und ihre Tumoren in ihrem funktionellen Einfluß. Frankf. Zeitschr. f. Pathologie **24**, 58. 1920.

Verf. welcher bekanntlich als erster einen Fall von Zirbeldrüsenteratom mit sexueller Frühreife bei einem $7^3/_4$ Jahre alten Knaben beschrieben hat, prüft in der vorliegenden Arbeit erneut die Frage, ob die bei Zirbeldrüsengeschwülsten auftretende vorzeitige geistige, körperliche und sexuelle Entwicklung nur von dem Charakter und von der Funktion der Geschwulst abhängig ist oder nur von der gestörten Funktion der Zirbeldrüse oder von beiden Einflüssen gemeinsam. Zu dem Zweck bespricht er die Morphologie der bisher beschriebenen Zirbeldrüsengeschwülste mit sexueller Frühreife und kommt zu dem Schluß, daß von den bisher beschriebenen 11 Fällen 10, entweder ganz sichere Teratome waren oder doch höchstwahrscheinlich als solche aufzufassen sind. Ein Fall ist nicht ganz klargestellt. Diese Tatsache scheint dem Verf. geeignet, die von ihm aufgestellte Hypothese, wonach die Veränderungen in einer Funktion des Geschwulstgewebes begründet sind, in den Vordergrund zu rücken. Zum Entscheid der Frage, inwieweit gestörte Zirbeldrüsenfunktion die psychische, somatische und sexuelle Präkoxität herbeiführen kann, stellt Verf. kurz zusammen, was auf Grund anatomisch-klinischer, histologischer und experimenteller Forschung über die Zirbeldrüsenfunktion bekannt ist. Danach ist, insbesondere auf Grund der bekannten Versuche von Foa, der Zirbeldrüsenexstirpation bei Hühnern.

eine Wechselwirkung zwischen Geschlechtsapparat und Zirbel wahrscheinlich, doch steht der Entscheid über die Art der gegenseitigen Beziehungen noch aus. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die weitere Fragestellung hinsichtlich der Beziehungen zwischen Zirbeldrüsentumoren und genitaler Frühreife nicht auf gegenseitigen Ausschluß der pinealen oder onkogenen Entstehung lauten soll, sondern es muß die Möglichkeit ins Auge gefaßt werden, daß beide Faktoren dabei gemeinsam in Wirksamkeit treten. Dieser Standpunkt ist in den letzten einschlägigen Publikationen zu dem Thema nach Ansicht des Verf. nicht in der entsprechenden Weise berücksichtigt worden. Schmincke (München).

355. Löwenthal, Karl, Zur Pathologie der Zirbeldrüse: Epiphysäre Fettsucht bei geschwulstförmiger Entartung des Organs. Zieglers Beiträge z. allg. Path. u. pathol. Anat. **67**, 207. 1920.

Adenomatöse, in den Thalamus opticus hineingewachsene Geschwulst der Zirbel, welche aus großen und kleinen Zellen, welche morphologisch mit den Pinealzellen übereinstimmten, aufgebaut war, bei einem 23jährigen Mann. Schon vor Entwicklung der Lokalsymptome und der allgemeinen Hirndruckerscheinungen war trotz dauernder körperlicher anstrengender Bewegung eine zunehmende Fettsucht bei dem Geschwulstträger aufgetreten. Verf. faßt die Fettsucht als Folge einer quantitativ gesteigerten Sekretion der Geschwulstzellen, welche mit der normalen Zirbelsekretion übereinstimmen soll, auf; der Fall würde so eine Stütze für die Annahme einer durch Hyperpinealismus hervorgerufenen epiphysären Fettsucht bilden.

Schmincke (München).

356. v. Monakow, Paul. Über die Urämie. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie **7**, 183. 1920.

Die Tatsache, daß in einer Reihe von Fällen chronischen Nierenleidens das urämische Koma sich ganz plötzlich entwickelt, ohne daß eine nennenswerte Verschlechterung der Diurese oder eine wesentliche Änderung der Blutzusammensetzung vorausgehen müßte, legte den Gedanken nahe, daß die Retention harnfähiger Stoffe im Blut allein zur Entstehung des urämischen Komas nicht genügt, daß vielmehr zu der Retention noch etwas anderes hinzukommen muß, was von der Nierenfunktion mehr oder weniger unabhängig ist. Vielleicht bewahrt eine schützende Membran das Gehirn vor der Überschwemmung mit toxischen Stoffen. Eine solche Membran sind die Plexus chorioidei. v. Monakow untersuchte in 2 Fällen schweren urämischen Komas die Plexus chorioidei histologisch und fand ganz beträchtliche Veränderungen. Vielleicht ist es so, daß die Anhäufung toxischer Stoffe im Blut zunächst nur zu einer Schädigung der Plexus führen, daß dann aber schließlich eine Zeit kommt, wo die übrigbleibenden Zotten nicht mehr imstande sind, ihre Aufgabe genügend zu erfüllen und daß der Ausbruch des urämischen Komas Folge des Versagens der Plexus darstellt. W. Mayer.

357. Berblinger, W., Die genitale Dystrophie in ihrer Beziehung zu Störungen der Hypophysenfunktion. Virchows Archiv **228**, 151. 1920.

An der Hand von drei Beobachtungen: 1. 24jähriger Mann mit Haupt zellenadenom des Hypopchysenvorderlappens mit Reduktion des spezifischen Parenchyms, Atrophie der Hoden-Hyalinisierung der Kanälchen-



wandung, Atrophie des samenbildenden Epithels, Fehlen der Spermiogenese, spärliches Vorhandensein von Zwischenzellen bei Kleinheit derselben. — 2. 40jähriger Mann mit Adipositas und Hauptzellenadenom der Hypophyse mit Verdrängung des Vorderlappengewebes, Atrophie der Hoden mit fehlender Spermiogenese, Degenerationen am samenbildenden Epithel und Zunahme des Bindegewebes der Kanälchenwand und im Interstitium und nur geringer Zahl von Zwischenzellen. — 3. 19jähriger Mann mit mangelhafter Reifung der Hypophyse — Reduktion der Zahl der chromophilen und Überwiegen der chromophoben Zellen mit atrophischen Keimdrüsen — Kanälchenwandverdickung, Fehlen des samenbildenden Epithels, Fehlen der Zwischenzellen — kommt Verf. zu dem Resultat, daß es beim Menschen eine Hodenatrophie gibt, welche als Folge einer Unterfunktion des Vorderlappens der Hypophyse zu betrachten ist. Ursächlich ist sie wahrscheinlich durch eine Störung der normalen Sekretbildung, sowie der Sekretabfuhr des Hypophysenvorderlappens bedingt. Für diese hypophyseogene genitale Dystrophie ist eine Degeneration des samenbildenden Epithels, Hyalinisierung und Verdickung der Kanälchenwandung, sowie eine geringe Zahl der Zwischenzellen charakteristisch. Auch die bei Hypophysentumoren mit Akromegalie zu beobachtende Genitalatrophie kann die Folge einer partiellen Hypofunktion des Vorderlappens sein. In der Adenohypophyse werden Hormone gebildet, welche die interstitiellen Bestandteile der Keimdrüsen fördern; bei Hypofunktion derselben tritt genitale Dystrophie ein. Verf. erläutert die Beziehungen der Adenohypophyse zum Genitale durch Beigabe eines Schemas, in welchem auch der Einfluß der Zirbeldrüse auf die Keimdrüsen und Sexuszeichen Darstellung findet. Schmincke (München).

358. Lichtenstern, R., Hodentransplantation vom Vater auf den Sohn. Ges. d. Ärzte in Wien, 23. April 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, **417**. 1920.

Bei dem wegen Hodentuberkulose kastrierten 20jährigen Manne, der das klassische Bild des Eunuchoidismus zeigte, wurde ein Hoden von seinem Vater implantiert. Die Heilung erfolgte reaktionslos und die Symptome der Wirksamkeit des eingepflanzten Organs traten in sichtbar verstärkter Weise auf. Die Transplantation vom Vater auf den Sohn wird sich als Methode der Wahl ergeben, wenn der erstere noch die Vollmännlichkeit besitzt. J. Bauer (Wien).

359. Kraus, Erik Johann, Hypophyse und Diabetes mellitus. Virchows Archiv f. pathol. Anat. **228**, 68. 1920.

Verf. untersuchte die Hypophyse von 23 Fällen von Diabetes mellitus im Alter von 14—77 Jahren und fand bei den ersten 10 jüngeren Individuen im Alter von 14—41 Jahren, bei den übrigen älteren Individuen in 2 Fällen charakteristische Veränderungen. Die Hypophysen waren verkleinert, im Vorderlappen waren die eosinophilen Zellen vermindert, sie waren abnorm klein, zeigten anormale Form und Anordnung, ihre Kerne waren pyknotisch. An Stellen, wo die eosinophilen Zellen normalerweise besonders dicht vorhanden sind, in den Seitenteilen des Vorderlappens, standen sie sehr locker und waren von Hauptzellen durchsetzt. Die quantitative Verminderung der eosinophilen Zellen beruhte auf einer mangelhaften Neubildung aus



ihren Vorstufen, den Hauptzellen, die anormale Beschaffenheit war als der Ausdruck einer toxischen Beeinflussung durch den Diabetes mellitus aufzufassen. Außerdem fanden sich in einem auffallend hohen Prozentsatz, besonders in den Hypophysen der jugendlichen Diabetiker, Wucherungen schmaler, zylindrischer, zu palisadenförmigen Reihen angeordneter Zellen, die als fötale Zellwucherungen aufzufassen waren; sodann eigenartige atrophische Herde in der subkapsulären Mantelschicht, deren Entstehung teils auf Boden arteriosklerotischer Gefäßveränderungen mit konsekutiver Ernährungsstörung entstanden waren, z. T. bei den jugendlichen Diabetikern auf toxische Schädigung der Gefäßwände zurückgeführt werden konnten. Entsprechend den tierexperimentellen und klinischen Erfahrungen, wonach die eosinophilen Zellen des Hypophysenvorderlappens Träger einer den Zuckerstoffwechsel regulierenden Funktion sind — Vermehrung der eosinophilen Zellen — Hyperfunktion — setzt die Kohlenhydratetoleranz herab, Verminderung derselben — Hypofunktion erhöht — dieselbe — sieht der Verf. in der Verminderung der eosinophilen Zellen den Ausdruck einer automatisch einsetzenden regulativen Funktionseinschränkung des eosinophilen Zellapparats zwecks Entlastung der Insuffizienz der Langerhansschen Inseln im Pankreas. Das Fehlen der eosinophilen Zellverminderung in der Hypophyse älterer Diabetiker kann durch gewisse Altersveränderungen in den die Zuckerbildung fördernden Organen mit innerer Sekretion — vor allem Schilddrüse und Nebennieren —, welche zu einer Veränderung der von den Organen gebildeten Hormone führen, bedingt sein, indem dadurch die Hypophyse entlastet wird, so daß die Regulation durch die Verminderung der eosinophilen Zellen nicht eintritt. Schmincke (München).

Epilepsie.

360. Husler, Josef, Bemerkungen zur genuinen Epilepsie im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. **26**, 239. 1920.

Kindliches Epilepsiematerial gibt in mancher Hinsicht andere Beobachtungsresultate als retrospektiv an erwachsenen Epileptikern gepflogene Erhebungen. Den Einzelheiten des epileptischen Krampfes kommt diagnostisch in der Regel beim Kinde kaum eine Bedeutung zu. Nur der Verlauf der jeweiligen Krampfkrankheit kann Aufschluß geben über deletäre oder nichtdeletäre Natur des Leidens, also über echte Epilepsie oder Scheinepilepsie. An Hand kurzer Krankengeschichten wird dargetan, daß ein affektiver Beginn der Epilepsie (also die Auslösung des ersten Anfalls durch Schreck usw.) keinesfalls ohne weiteres gegen echte Epilepsie spricht. Es können höchst destruktive Formen so beginnen. Der Beginn der Epilepsie fällt beim Kinde mit Vorliebe in das 4. Lebensjahr; die Einschulungszeit ist viel weniger ein Prädilektionsalter, als im allgemeinen angenommen wird. Über die Prognose der kindlichen Epilepsie ergibt sich an einem von Anfang an verfolgten Material ein anderes Resultat als beim Erwachsenen. Die Mortalität der früh beginnenden Formen ist außerordentlich hoch (betrug 29,9%), die überlebenden haben zum Teil einen geradezu perniziösen Verlauf, andere aber ergaben nach Ablauf der Kindheit nur geringe Charakterveränderung. Also zwei Verlaufstypen. Die vielfach verbreitete

Meinung, daß beim Kinde die zahlreichen kleinen Anfälle besonders deletär seien, trifft sicherlich nicht zu: Ein reiner Petit-mal-Verlauf führte in keinem einzigen Falle des großen Materials der Münchener Kinderklinik zu rascher Zerstörung auf geistigem Gebiete. In einzelnen Fällen wurde von einer sehr früh ausgeführten Schädeltrepanation Erfolg gesehen, insofern die Anfälle sistierten und Verblödung ausblieb. Autoreferat.

361. Lapinsky, M., Zur Frage der Rolle des Rückenmarks bei epileptischen Krämpfen. Neurol. Centralbl. **39**, 324. 1920.

Um die Beteiligung des Rückenmarks an Krampfanfällen festzustellen, wurden ausgedehnte Serien von Experimenten an Fröschen angestellt. — Bei Reizung des Rückenmarks mit Kreatin, Santonin, farad. Strom usw. erfolgten keine Krämpfe. Die Fortleitung der konvulsiven Impulse aus Cortex und Medulla oblongata erfolgt longitudinal in den vorderen und lateralen Säulen, außerdem transversal, die Impulse an Intensität abschwächend, durch die graue Substanz. Ist oberer und unterer Abschnitt des Rückenmarks nur durch eine schmale Brücke verbunden, so daß die hinteren Extremitäten paralytisch oder paretisch sind und keine Willkürbewegungen in ihnen zustande kommen, so können sie doch an den Krämpfen beteiligt sein; dabei können die Reflexe normal oder wenig herabgesetzt sein. Die konvulsive Erregung, die durch die schmale Brücke geleitet wird, ist schwach; der Krampfanfall im hinteren Körperteil läßt sich durch Reizung der hinteren Extremitäten (Essigsäure, Stecknadel) unterbrechen, während er im vorderen Körperteil weitergeht. Infolge der ungenügenden Erregungsladung des hinteren Rückenmarksabschnitts bleibt dieser Abschnitt wenig ermüdet, so daß selbst während der Krämpfe die Reflexe auszulösen sind. Krambach (Berlin).

362. Tillmann, Zur Pathogenese der Epilepsie. Virchows Archiv **229**. 1920.

Verf. vertritt in längeren Ausführungen, welche durch Wiedergabe von Krankengeschichten ergänzt werden, den Standpunkt, daß Epilepsie ohne anatomische Grundlage so gut wie nicht vorkommt. Der Begriff der genuinen Epilepsie ist zu verwerfen. Die bei Operationen gewonnenen autoptischen Befunde am Gehirn drängen immer mehr zu der Ansicht, daß die Epilepsie keine eigentliche Erkrankung, sondern nur der Ausdruck einer organischen Erkrankung des Hirns und seiner Häute ist. Schmincke.

363. Fackenheim (Kassel), **Die Erfolge der Crotalinbehandlung bei der genuinen progredienten Epilepsie.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte Sept. 1920.

Der Vortragende hat bei 131 Fällen, die er von 1911—1914 behandelte, in 65% Heilung und in mehr als 20% Besserung erzielt. Göring (Gießen).

364. De Crinis (Graz), **Humoralpathologie und deren Beziehungen zur Stoffwechselchemie bei Epilepsie.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Vgl. „Die Beteiligung der humoralen Lebensvorgänge des menschlischen Organismus am epileptischen Anfall", Berlin 1920 bei Springer. Göring (Gießen).

Paralyse. Syphilitische Geistesstörungen.

365. Gerstmann, Josef (Wien), **Über die Einwirkung der Malaria tertiana auf die progressive Paralyse.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Vortr. berichtet über die Erfahrungen der Wiener psychiatrischen Klinik mit der von Wagner-Jauregg eingeführten Methode der Behandlung der progressiven Paralyse mit künstlich erzeugter Malaria tertiana. Die ersten einschlägigen Behandlungsversuche wurden an der genannten Klinik im Jahre 1917 mit dem Enderfolg durchgeführt, daß von den damals behandelten 9 Paralysefällen in dreien bis auf den heutigen Tag eine dauernde und volle Remission mit Berufsfähigkeit besteht. Auf Grund dieses erfreulichen Erfolges wurden die Behandlungsversuche mit künstlich erzeugter Malaria tertiana im September 1919 wiederaufgenommen und kommt seither die Malariatherapie der progressiven Paralyse angesichts der zunehmend günstigen Resultate an der psychiatrischen Universitätsklinik in Wien in immer ausgedehnterem Maße zur Anwendung. — Der erste Impfstoff wurde von einem autochthon erkrankten und mit Chinin nie vorbehandelten Individuum mit klinisch und mikroskopisch sichergestellter Malaria tertiana gewonnen und von einem Paralytiker auf den anderen nach mannigfachen Vorversuchen in der Weise überimpft, daß das im Malariaanfall dem Spender aus der Vene entnommene Blut in der Menge von 1 ccm dem Impfling subcutan unter die Rückenhaut injiziert wurde. Auf diese Weise hat unser ursprünglicher Tertiana-Plasmodium-Stamm ohne jeden Zwischenwirt bereits bis zur 18. Generation den menschlichen Organismus passiert. — Die Zahl der seit September 1919 an der Klinik zur Malariabehandlung gelangten Paralysefälle ist bereits bis zu 73 angewachsen und noch in weiterer Zunahme begriffen. Als Grundlage für die Besprechung der Behandlungsresultate werden jedoch vom Vortr. derzeit nur 54 Fälle herangezogen, nachdem bei den übrigen die Beobachtung noch nicht abgeschlossen ist. Von diesen 54 Fällen, die in bezug auf Schwere und Dauer der paralytischen Krankheitserscheinungen ein durchaus ungleichartiges Material darstellten, zeigten 41 Fälle Remissionen verschiedener Abstufung. Von den 41 zeigten 17 Fälle eine volle Remission mit Berufsfähigkeit. 16 zumeist vorgeschrittenere Fälle boten eine unvollkommene Remission im Sinne einer Remission mit unauffälliger, noch in weiterer Abnahme begriffener, erst durch nähere objektive Untersuchung nachweisbarer psychischer Defektuosität dar. 8 Fälle, deren Paralyse bereits weit vorgeschritten und älteren Datums war, wiesen eine unvollständige Remission (geringeren Grades als die letztangeführte) mit auffälliger, gröberer, bis zu einem gewissen Grade jedoch noch rückbildungsfähiger und eine selbständige Lebensführung in häuslicher Umgebung nicht unmöglich machender psychischer Defektuosität auf. Es ist zu bemerken, daß bei diesen unvollkommen remittierten Fällen der erreichte Remissionsgrad nicht etwa mit dem Zeitpunkt der Entlassung abgeschlossen war, sondern daß die Besserung in diesen Fällen auch jetzt noch im weiteren langsamen, aber ständigen Fortschreiten sich befindet. — Über die Dauer der eingetretenen Remissio-



nen läßt sich heutzutage noch nichts Bestimmtes aussagen. Daß aber den Remissionen von malariabehandelten Paralytikern eine gewisse Tendenz zur Dauerhaftigkeit innezuwohnen scheint, darauf weisen jene 3 aus dem Jahre 1917 stammenden Behandlungsfälle hin, bei denen die volle Remission mit Berufsfähigkeit bis heute eine dauernde geblieben ist. Es weisen aber darauf auch die remittierten Fälle der jetzigen Behandlungsserie insofern hin, als beispielsweise bei den ersten Fällen derselben die jeweilig erzielten Remissionen sich bereits über Jahresfrist erstrecken und als ferner in den nach Abschluß der Behandlung nur unvollkommen remittierten Fällen der jeweilig erzielte Besserungsgrad zumeist in weiterer kontinuierlicher Zunahme begriffen ist. Eigenbericht (durch Göring).

366 Enquete über die Behandlung der beginnenden progressiven Paralyse. Annales des maladies vénériennes 1920.

Die Redaktion teilt die Antworten mit, die sie von zahlreichen, namhaften Autoren auf ihre Rundfrage erhalten hat. Die Fragestellung lautete: Ist die Behandlung der vorgerückten Paralyse nur unnütz oder direkt schädlich? Kann eine spezifische Behandlung im Beginn der Paralyse die Weiterentwicklung aufhalten oder ist sie schädlich? Soll man also ganz zu Anfang behandeln oder nicht? Bis zu welchem Stadium behandeln die Anhänger einer spezifischen Therapie? Welche Art der Behandlung ist am zweckmäßigsten? — Die eingegangenen Antworten lassen sich nicht referieren und müssen im Original nachgelesen werden. Sprinz (Berlin).

367. Baum, Pathologische Anatomie der luetischen Psychosen. The urol. and cutan. Review **24**, 147. 1920.

Verf. betont, daß man nicht in den Fehler verfallen dürfe, jede Psychose als eine luetische anzusehen, nur weil der Wassermann positiv ist; Nachforschung ergibt oft genug, daß die Psychose schon vor der Syphilis bestand, und daß die Syphilis nur verschlimmernd eingewirkt hat. Es werden dann die eigentlichen luetischen Psychosen kurz besprochen, ohne wesentlich Neues zu bringen. Der Besprechung liegt die Einteilung in 5 Typen zugrunde, nämlich der angeborenen Periode, der 1., 2., 3. und der parasyphilitischen Periode. Sprinz (Berlin).

368. Meggendorfer, Friedr., Die Disposition zur Paralyse. Med. Klin. **12**, 305. 1920.

Die Disposition ist als Reaktionsschwäche des Individuums gegenüber dem eindringenden Virus definiert. Sie kommt durch konstitutionelle und konditionelle exogene Komponenten zustande. Die beste Unterstützung des Organismus in seinem Kampf gegen die Virulenz des Erregers bildet weitgehende Immunisierung und Sterilisierung des Körpers durch ausreichende spezifische Therapie, evtl. in Kombination mit Reizmethoden, die die Reaktionskraft anregen. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

Verblödungsprozesse. Psychosen bei Herderkrankungen.

369. Lägel, Carl, Betrachtungen über den inneren Zusammenhang der katatonischen Krankheitserscheinungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. **76**, 314. 1920.

In einer recht wenig überzeugenden Weise sucht der Verf. das tausend-



fache Weh und Ach der Katatonie aus einem Punkte zu erklären: die Sperrung ist es, die nach seiner Meinung allem katatonischen Geschehen den psychologischen Hintergrund gibt. Haymann (Kreuzlingen).

370. Hauck, C., Gynäkologische Untersuchungen bei Schizophrenen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 230. 1920.

Auf Grund der Literatur und eigener, in Gemeinschaft mit dem Gynäkologen Fränkel durchgeführter Untersuchungen an 100 psychotischen Frauen (überwiegend Dementia praecox) gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: „Gynäkologische Veränderungen werden bei Geisteskranken in einem hohen Prozentsatze der Fälle angetroffen, und insbesondere ist das gerade in der letzten Zeit von einer Reihe von Autoren beschriebene Vorkommen von Hypoplasien jeder Art, die nicht selten von einem Allgemeininfantilismus begleitet werden, absolut und relativ recht häufig. An erster Stelle steht in dieser Beziehung die Dementia praecox, doch auch bei anderen Psychosen, hauptsächlich bei Imbezillen und Epileptikern, werden Entwicklungshemmungen ziemlich oft beobachtet. Bei der Schizophrenie sind es in erster Linie die katatonen Formen, bei denen in bezug auf Genitalinfantilismus die häufigsten und schwersten Befunde erhoben werden konnten, und zwar traf dies in der Hauptsache bei den klinisch am schnellsten verlaufenden und prognostisch ungünstigsten Formen zu, wobei das Pubertätsalter und die der Pubertätszeit folgenden Jahre bevorzugt wurden. Sollte dies durch weitere Untersuchungen bestätigt werden, so könnte man einen Genitalinfantilismus bei besonders im jugendlichen Alter akut einsetzenden katatonischen Symptomen als prognostisch ungünstiges Symptom betrachten. Es wäre dies auch praktisch nicht wertlos, da, wie gerade während des Krieges Nachuntersuchungen bewiesen haben, degenerative und hysterische Psychosen in ihrem ersten Beginn klinisch oft schwer oder gar nicht von der echten Katatonie getrennt werden können. Über die letzte Ursache des Infantilismus und damit über den Zusammenhang der Schizophrenie mit dem endokrinen System ist nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse ein Urteil nicht möglich." Lotmar (Bern).

Infektions- und Intoxikationspsychosen. Traumatische Psychosen.

371. Breitung, H., Ein Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxydvergiftung. Allg. Zeitschr. f. Psych. **76**, 273. 1920.

Verf. teilt 2 von ihm beobachtete Fälle mit. Beide Male handelt es sich um Leuchtgasvergiftung, die wohl sicher als Kohlenoxydintoxikation anzusehen ist. Beide Pat. waren früher vollständig gesund. Das Zustandsbild hätte im ersten Falle zunächst eine Paralyse vortäuschen können (entrundete Pupillen, fehlende Lichtreaktion rechts, sehr geringe und träge Lichtreaktion links); im zweiten Falle hätte man an eine mit einem gewaltigen Schub einsetzende Dementia praecox denken können; der weitere Verlauf bewies jedesmal die Richtigkeit der Annahme einer Kohlenoxydpsychose. Wie gewöhnlich bei solchen setzte auch in den Fällen des Verf. die eigentliche Psychose erst einige Zeit nach der Vergiftung ein; indessen war bei beiden Kranken ein reines Intervall nicht vorhanden; es bestanden vielmehr einmal nach Abklingen der ersten Vergiftungserscheinungen be-



reits Benommenheit und Unruhe, im anderen Fall fünftägige Bewußtlosigkeit. Erschöpfung, die von anderen Autoren als ätiologischer Faktor angegeben wird, lag hier nicht vor. In der Symptomatologie spielen Gedächtnisstörungen die Hauptrolle; beide Male bestand retroanterograde Amnesie. Sehr ausgesprochen war auch die Apathie. In beiden Fällen erfuhr der stuporöse Zustand eine einmalige Unterbrechung durch einen plötzlichen Erregungszustand (motorische Unruhe, lautes Schreien, Unreinlichkeit). An körperlichen Symptomen bestanden nur die bereits oben erwähnten Pupillenstörungen. Haymann (Kreuzlingen).

372. Ewald, G., Die Jodoformpsychose und ihre Stellung innerhalb der exogenen Prädilektionstypen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 125. 1920.

Psychiatrische Schilderungen von Jodoformpsychose fehlen bisher. Verf. konnte an der Erlanger chirurgischen Klinik folgenden Fall eingehend beobachten: Schmächtiger 18jähriger Knabe ohne Belastung. Grippeempyemoperation mit zweimaliger Jodoformgazetamponade, am folgenden Tage erste Vergiftungserscheinungen: Beeinträchtigungsideen, Unruhe, schlechter Schlaf, ängstlich, mißtrauisch; dann ratlos, Bewußtseinstrübung (zunächst nur subjektiv empfunden: „betrunken gemacht"), starke affektive Inkontinenz, große Affektschwankungen, Weinparoxysmen, haltloses Lachen. Somatisch Speichelfluß, Übelkeit, Erbrechen, heftiger Durst, dabei Getränk- und Nahrungsverweigerung; Genickschmerzen, bohrt Kopf in die Kissen, Puls beschleunigt, matt, apathisch, verfallen, Schaum vor dem Munde, sucht mit allen Zeichen des Ekels sich des Speichelüberflusses zu entledigen. Bald kurzdauernde Zuckungen der ganzen Körpermuskulatur, Reflexsteigerung, überempfindlich, schreckhaft, kein Kernig, keine Nackensteifheit; Kahnbauch. Weiterhin heftiges Grimassieren, parakinetisch entstellte Ausdrucksbewegungen des Ekels, Schnauzbewegungen; erschwerte Auffassung, mangelhafte Orientierung, ablenkbar durch Sinneseindrücke, immer schnell zurückfallend in fast komatöse Apathie; morgens meist freier, oft heiter, haltlos lachend. Angst und Mißtrauen treten in den Vordergrund. Personenverkennungen, illusionäre Umdeutung der Gegenstände und Vorgänge, vorübergehend jetzt auch allgemeine katatone Symptome (u. a. rhythmisches Hinausschreien), schwere zeitliche Desorientierung bei guter örtlicher Orientierung; Abgleiten, Ablenkbarkeit, schwere Konzentrations- und Kombinationsfähigkeitsstörung, Störung des Reihensprechens, zwangsmäßiges Registrieren von Sinneseindrücken, Haften, Andeutung von Echolalie. Mit dem Schwinden aller motorischen Erscheinungen (nach 4 Tagen) starke Zunahme von Angst und Mißtrauen, Auftreten von Halluzinationen (Gestalten am Fenster usw.). Dauernd leichte Bewußtseinstrübung; Neigung zu Konfabulationen beim Erklären von Bildern; an Paragraphie erinnernde Schreibstörung, wohl von den genannten Konzentrations- usw. Störungen herrührend; Merkfähigkeit dauernd auffallend gut; affektiv oft eigentümlich gereizt, mürrisch, launenhaft. Nach 14 Tagen beginnende, nach weiteren 8 Tagen völlige Krankheitseinsicht, aber noch fortdauernde hyperästhetisch-emotionelle Schwäche mit starker geistiger Ermüdbarkeit. — Im wesentlichen stimmt das Bild mit dem von chirurgischen Autoren schon vor fast 40 Jahren geschilderten überein, der Fall gehört zu den Mischformen der



akuten Verwirrtheit mit der komatös-meningitischen Form der Jodoformpsychose. Als Charakteristicum dieser Psychose gegenüber anderen exogenen Psychosen kommt in erster Linie das eigenartige heftige Grimassieren in Betracht. Es ist wohl auf den unangenehmen Jodoformgeschmack infolge der Ausscheidung im Speichel zurückzuführen, doch ist die Geschmacksempfindung wohl nur als auslösendes Moment zu betrachten, durch das die Parakinesien auf Grund des toxischen Reizzustandes des Psychomotoriums in Erscheinung gebracht werden. Auffallend sind ferner die schwere Auffassungs- und Konzentrationsstörung bei verhältnismäßig guter Orientierung und fast fehlender Merkstörung; doch dürfte darin nichts Charakteristisches zu suchen sein. Eine psychopathische Konstitution ist nicht nachweisbar, die ängstlich-paranoische Färbung der Psychose ist also hier zurückzuführen auf eine direkte Reizung der Affekt vermittelnden Hirnsubstrate. Die Vergiftung geht von dem als solches resorbierten und noch fester als das Chloroform an die Gehirnlipoide fixierten Jodoform aus; diese feste Fixierung erklärt auch die lange Fortdauer der Symptome nach Absetzen des Giftes. Eine konstitutionelle Intoleranz (die mit der Jodoformidiosynkrasie der Haut nicht zusammenfällt) scheint erforderlich zu sein zum Auftreten der Psychose unter Bedingungen, bei denen die meisten Menschen verschont bleiben würden. Lotmar (Bern).

373. Schott, Die Bedeutung der Infektionskrankheiten für die Entstehung des kindlichen Schwachsinns. Arch. f. Kinderheilk. **68**, 10. 1920.

Auf der Grundlage von 1100 Krankengeschichten schwachsinniger Kinder wird der Anteil der Infektionskrankheiten am Zustandekommen des kindlichen Schwachsinns geprüft. Als alleiniges ursächliches Moment sind Infektionen nur in 1,9% der Fälle aufgeführt, gemeinsam mit anderen Faktoren waren die Infektionen dagegen wirksam in 6,36%. Der Scharlach ist bezüglich der Destruktion die gefährlichste Infektionskrankheit des Kindesalters. Fast die Hälfte aller postinfektiösen geistigen Störungen kommt auf Rechnung des Scharlachs. Nach diesem ist es der Keuchhusten, der zu fürchten ist. Die anatomischen Gehirnveränderungen sind vielseitig, insbesondere kommen cerebrale Lähmungen zur Beobachtung. Masern spielen eine ganz untergeordnete Rolle, ebenso Diphtherie. Auch der Typhus begründet nur in Ausnahmefällen kindlichen Schwachsinn (typhöse Endokarditis — Hirnembolie). Chorea kommt nicht in Betracht. Endlich kann die Influenza ebenfalls ausnahmsweise schwere Gehirnveränderung setzen und Schwachsinn herbeiführen. Husler (München).

374. Siebert, H., Die Affektionen des Nervensystems durch akute Infektionskrankheiten, speziell die Grippe. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 149. 1920.

Kasuistische Mitteilung einer größeren Zahl vom Verf. beobachteter Grippeerkrankungen des Nervensystems aus der Epidemie 1918. Zunächst 2 Fälle von Amentia, 1 Fall mit katatonem Symptomenkomplex, 1 Fall mit anfangs katatonem, zuletzt als Dementia paranoides aufgefaßtem Bilde (exogene Verursachung fraglich). Anhangsweise folgen hier eine Psychose nach Typhus exanthematicus (Größenideen, Konfabulationen, schamloses Verhalten; Heilung), sowie ein manisches Krankheitsbild nach schweren



Masern. Sodann eine Reihe von Grippefällen mit meningitischen oder encephalitischen Prozessen, mit „allgemeinen Neurosen", mit Schädigung peripherer Nerven. Lotmar (Bern).

375. Schlichting, W., Ein Beitrag zur Frage der Encephalitis lethargica. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 192. 1920.

Statistische Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen Symptome bei 21 im Plauener Krankenhause beobachteten Fällen, mit ausführlichen Betrachtungen über die Differentialdiagnose gegenüber Chorea minor, Hysterie und psychogenen Verwirrtheitszuständen, alkoholischem, infektiösem oder traumatischem Delirium, Erschöpfungsdelirium, depressivem Stadium des manisch-depressiven Irreseins, progressiver Paralyse, Meningitis, Hirntumor und Hirnabsceß, Labyrintherkrankung. Die Fälle ähneln am meisten den von Stertz und Lauxen (1920) beschriebenen: einleitendes Reizstadium vor dem Übergang in das lethargische. Als entscheidend für die Zugehörigkeit eines Falles zur Lethargica erscheint dem Verf. das lethargische Stadium, das nur in den vorzeitig durch Erschöpfung endenden Fällen fehle. Aus diesem Grunde möchte er auch die von Strümpell und Wernicke beschriebenen Encephalitisformen, soweit sie ein lethargisches Stadium aufweisen, hierher rechnen. Abgrenzung von Untergruppen hält er nicht für zweckmäßig. Lotmar (Bern).

376. Straus, E., Zur Pathogenese des chronischen Morphinismus. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 80. 1920.

Auf Grund von 36 Fällen der Charité, von denen einige kennzeichnende Beispiele mitgeteilt werden, begründet Verf. die Auffassung, daß in der weit überwiegenden Zahl der Fälle eine psychopathische Veranlagung dafür verantwortlich zu machen sei, wenn trotz eines relativ geringfügigen Anlasses zu der ersten Bekanntschaft mit dem Gifte es bald zum chronischen Morphinismus kommt. Erst die Bedeutung, die dem Behagen wie allen die Organempfindungen begleitenden Gefühlen im Erleben des Psychopathen zukommt, begründet die zwingende Kraft des Morphiums. Bei den meisten Morphinisten entwickelt sich im 3. oder 4. Lebensjahrzehnt infolge ihrer weichlichen, schlechten Art, die auch in der Regel vorhandene gute intellektuelle Anlagen nicht zur Auswirkung kommen läßt, mehr und mehr eine traurige Verstimmung, in der sie dann bei irgendeiner Gelegenheit der Wirkung des Morphiums erliegen. Die allgemeine Neigung zur traurigen Verstimmung äußert sich insbesondere in der Färbung des Unzufrieden- und Unbefriedigtseins, der Enttäuschung, daneben tritt Neigung zur Einsamkeit und Absonderung hervor, es fehlt die Initiative, das hoffnungs- und vertrauensvolle Beginnen, das tatenfrohe Vorwärtsschreiten in die Zukunft, wie es dem Gesunden eignet. Mißerfolge aller Art, fortgesetzte Demütigungen des Selbstbewußtseins sind die Folgen solcher Veranlagung. In solcher sich an eine Summe von kleinen Erlebnissen knüpfenden Verstimmung und deren Steigerungen durch Aufgaben, welche eine längere Anspannung erfordern, entfaltet das Morphium seine lösende und erlösende Wirkung: neben dem körperlichen Behagen verleiht es vorübergehend das Gefühl erhöhter Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Nicht als Betäubungsmittel gleich dem Alkohol, vielmehr als Stimulans entfaltet das Morphium von Anfang



an seine unwiderstehliche Anziehungskraft auf so geartete Psychopathen. Erst wenn durch längeren Gebrauch die Abstinenzerscheinungen lebhafter geworden sind, wird nur noch deren Betäubung erstrebt. Die Bedeutung der Veranlagung macht auch die Häufigkeit der Rückfälle verständlich. Es ist den Kranken nicht möglich, in der Leere, in der sie der Fortfall des Mittels zurückläßt, weiterzuleben, um so weniger, nachdem sie einmal gelernt haben, den psychopathisch begründeten Mangel ihres Lebens und Erlebens durch das Mittel wenigstens subjektiv auszugleichen. Lotmar (Bern).

Manisch-depressives Irresein.

377. Schröder, P., Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen. Beihefte zur Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. H. 8. 1920.

Anknüpfend an das bereits mehrfach betonte Vorkommen von Symptomen, die sonst andere Psychosen (Paranoia, Dementia praecox) kennzeichnen, bei manisch-depressivem Irresein schildert Verf. zunächst 6 Fälle, in welchen die Zugehörigkeit zur letzteren Krankheit durch den Gesamtverlauf und einzelne typische Anfälle außer Zweifel stand, und doch in gewissen Phasen solche atypische Symptome hinzutraten. Fall 1 bot neben melancholischen Symptomen in einer depressiven Phase das Bild einer akuten Halluzinose. Fall 2 zeigte während einer Manie ohne Bewußtseinsstörung monatelang zahlreiche verworrene Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen auf allen Gebieten. Fall 3 und 4 zeigten grob motorische (akinetische und hyperkinetische) Symptome, Fall 5 im ersten Anfall ein recht ungewöhnliches Bild von Erregung gleichfalls mit allerlei „katatonen" Zügen, Fall 6 einen ganz atypischen, symptomatisch schwer unterzubringenden Erregungszustand mit anschließender langdauernder Hemmung. Weder das Moment der bloßen Steigerung der Symptome, noch das der Komplikation mit einer exogenen Schädigung, noch auch die Theorie der Mischzustände erklären in der Mehrzahl der Fälle den Formenreichtum symptomatisch atypischer Zustandsbilder. Vielmehr ist, wie eine Reihe weiterer Fälle belegt, die richtige Auffassung dadurch zu gewinnen, daß man die Stellung des manisch-depressiven zum „Entartungsirresein" klarlegt und zugleich dem letzteren eine den heutigen Kenntnissen entsprechende, von Magnan abweichende Umgrenzung gibt. Das degenerative Irresein hätte danach zu umfassen das manisch-depressive Irresein (in der heutigen gegenüber Magnan sehr erweiterten Ausdehnung), die hysterischen Psychosen (desgleichen), allerhand paranoische Bilder und Verlaufstypen (u. a. die Haftpsychosen), endlich die Gruppe der „Degenerationspsychosen" im engeren Sinne (Bonhoeffer). Unter letzteren wären also Krankheitsformen zu verstehen, welche zum degenerativen Irresein gehören, aber weder dem manisch-depressiven Irresein, noch den hysterischen Psychosen, noch den bisher beschriebenen Gruppen von paranoiden Psychosen einzureihen sind, wiewohl sie vielfach bald zu dieser bald zu jener Gruppe nahe Verwandtschaft zeigen können. Während die Unterscheidung der Degenerationspsychosen vom manisch-depressiven Irresein nichts Grundsätzliches hat, beide sich vielmehr in vielen Punkten berühren und überschneiden, trennt erstere dagegen,

wie das ganze degenerative Irresein überhaupt, eine weite Kluft von der Dementia praecox. Übrigens hat gerade dieser Gegensatz, die Reaktion auf Übertreibungen des Dementia-praecox-Begriffes (so durch Bleuler) die Lehre vom degenerativen Irresein vor allem neubelebt. Unter den Gesichtspunkten dieser Begriffsbestimmungen lassen sich die atypischen Verlaufsabschnitte jener 6 Fälle von manisch-depressivem Irresein in enge Beziehungen bringen zu dem, was hier im Anschluß an Bonhoeffers Bezeichnung „Degenerations-Psychosen" genannt worden ist; und es liegt überhaupt nahe, bei symptomatisch ungewöhnlichen Manien oder Melancholien an Mischformen oder Übergangsfälle zu den Degenerationspsychosen zu denken. Aber nur in solchen Fällen ist überhaupt noch von manisch-depressivem Irresein zu sprechen, in welchen das Manisch-Depressive sehr stark überwiegt bzw. in den sonstigen Anfällen ganz rein zutage tritt. Die Erscheinungsformen der Degenerationspsychosen anderseits sind mit den an das manisch-depressive Irresein und die hysterischen Psychosen gemahnenden Zügen, mit den paranoischen Bildern verschiedener Art, sowie den halluzinoseartigen Zuständen nicht erschöpft. Es kommen bei degenerierten Gefangenen schwere, ganz der Katatonie gleichende Bilder vor (Kutner), ähnliche aber hat der Krieg auch außerhalb der Gefängnisse entstehen lassen. Wunschvorstellungen und Befürchtungen spielen auslösend eine hervorragende Rolle, auch in den Symptomen erscheinen sie meist hysterischen Psychosen nahe verwandt. Ein dahin gehöriger Fall wird mitgeteilt. In anderen Fällen sind es mehr hebephren aussehende Bilder. Bei komplizierten Bildern mit akuten psychotischen Zeichen muß das Ausbleiben der charakteristischen Verblödung trotz langer Krankheitsdauer gegen Dementia praecox den Ausschlag geben. Die zwei letzten Fälle der Arbeit erläutern diese Sätze. Bedenken, wie sie gegen zu umfangreiche Krankheitsformen in der Psychiatrie öfter geäußert wurden, sind gegenüber dem degenerativen Irresein in dem hier gezeichneten Umfang nicht gerechtfertigt (vgl. Schröder ibid. Bd. **42**). Die hier vertretene Auffassung befreit das manisch-depressive Irresein von der Diskreditierung, die ihm erwächst, wenn ihm allerlei ungewöhnliche Psychosen ohne charakteristisch manische oder depressive Phasen nur deshalb zugerechnet werden, weil sie diese oder jene verwandten Züge mit dem manisch-depressiven Irresein haben und weil sie sicherlich nicht der Dementia praecox und auch nicht anderen Krankheitsgruppen zugehören. Lotmar (Bern).

378. Bumke, O., „Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen". Eine persönliche Bemerkung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 369. 1920.

Es wird nachgewiesen, daß Schröder, soweit Bumke in Frage kommt, im Irrtum war, als er in seiner Abhandlung mit dem angeführten Titel schrieb: „Hoche und Bumke haben dann bekanntlich diesen Satz (‚innerhalb der Gruppe gibt es überhaupt keine scharfen Grenzen, und das Suchen nach reinen Formen ist hier ein Phantom') verallgemeinernd auf die gesamte Psychiatrie angewendet usw." (Beih. 8 zur Monatsschr. 1920, S. 40 u. 41, Anm.). Vielmehr hat Bumke in seiner Arbeit von 1909 (Gaupps Centralbl. Bd. **32**, S. 381) schon im wesentlichen denselben Standpunkt eingenommen, den heute Schröder vertritt. Lotmar (Bern).



Psychogenie. Hysterie.

379. Mackee, George M., Neurotic Excoriations. Archiv of Derm. and Syphil. **38**, 256. 1920.

Neurotic Excoriations sind traumatische Läsionen der Haut, hervorgerufen durch eine Person, nicht in der Absicht zu täuschen; einige von ihnen scheinen ein normales Nervensystem zu besitzen; andere sind mehr oder weniger neurotisch, und einige wenige sind hysterisch. Die Affektion findet sich häufiger bei Frauen, und zwar im Alter zwischen 18—50 Jahren. In den leichten Fällen besteht die Gewohnheit, jedes Pickelchen im Gesicht abzukratzen und die Heilung durch Scheuern zu verhüten. Die Schrunden können sich infizieren und monatelang währen. In mehr ausgesprochenen Fällen ist der Drang zu kratzen so unwiderstehlich, wie bei andern das Daumenlutschen oder Nägelknabbern. Andere reden sich ein, daß sie an Krätze leiden oder Insekten auf der Haut haben und kratzen nun unaufhörlich bis zur tiefen Geschwürsbildung. Kratzeffekte bei juckenden Hautaffektionen sind natürlich keine Neurotic Excoriations; höchstens als ein sekundärer Typus sind die Fälle zu rechnen, wo bei ganz belanglosem Hautleiden von den nervösen Personen auf das heftigste gekratzt wird. Mitteilung von 10 hierzugehörigen Fällen mit guten Abbildungen. Sprinz.

380. Lewin, J., Das Hysterieproblem. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 204. 1920.

In schwer verständlichen (nach Ansicht des Referenten großenteils unklaren) Ausführungen sucht Verf. das psychologische Wesen der hysterischen Reaktion darzulegen. Folgende Zusammenfassung belehrt über das Ergebnis: „Auf welcher konstitutionell-biologischen Eigenart basiert die Einheitlichkeit und das Wesen dieser Reaktion, welches ist die gemeinsame Tendenz, die den verschiedenen Formen zugrunde liegt? Daß der Begriff der Abspaltung unzutreffend ist, haben bereits die Ausführungen des ersten Teiles (ibidem Bd. **45**) gezeigt. Wenn man sich schon durch ein Bild diese ihrem Wesen nach unbekannte Tendenz symbolisieren will, so wäre der Begriff der Umschaltung eine passendere Bezeichnung (im Orig. „Beziehung“) dafür, daß das psychophysische Geschehen nicht in der üblichen kausalen Ordnung und Gruppierung statthat, sondern mit Umschaltung kleinerer oder größerer Komplexe, mit denen einerseits die krankhaften Erlebnisse in Beziehung stehen, die andererseits aber auch alle die Mechanismen, bedingten Reflexe usw. ins Spiel setzen und für längere oder kürzere Zeit fixieren. So wird es verständlich, wenn man bei Menschen, die vielleicht nur einmal in ihrem Leben, angesichts ungewöhnlicher Ereignisse, eine hysterische Reaktion zeigen, von einer latenten Tendenz zur Hysterie spricht, die erst durch Kombination oder Zusammentreffen verschiedener Momente manifest wird; solche Momente sind all die charakterogenen und psychogenen Momente, wie sie in der Situation und individuellen Konstellation zum Ausdruck kommen. Diese sind eben nicht das Wesentliche für die Hysterie, sondern diejenige konstitutionell biologische Eigenheit, die wir im Sinne einer (sonst überwundenen) Funktion uns durch das Bild der Umschaltung zu verdeutlichen suchen. Natürlich, das sei noch einmal



betont, ist der unbekannte zentrale Faktor, den wir als Umschaltung bezeichnen, dadurch nicht in seinem Wesen erkannt, es ist nur ein vages Bild, das wir uns zu machen suchen." Lotmar (Bern).

381. Küppers (Freiburg i. B.), **Die Hysterie als Urbild einer regressiven Entwicklung bei parasitärer Lebensführung.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Der Vortragende stellt die Hysterie als einen versteckten sozialen Parasitismus dar und vergleicht die Hysterischen mit den Parasiten des Tier- und Pflanzenreichs. Diskussion: Lilienstein hält die Fassung für zu eng. Göring (Gießen).

382. Schneider, C., Über Zoanthropie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 269. 1920.

Geistig wenig hochstehende 31jährige Frau bekommt nach Röntgenbestrahlung des Unterleibs Angstzustände, dann hysterische Anfälle und Dämmerzustände, in deren einem Symptome von „Kynanthropie" auftraten (d. h. Patientin gebärdet sich in Stellung und Lippenbewegungen mit Ausfließenlassen von Schleim aus dem Munde hundeartig, „da sie ein Hund sei"; „das machen alle Hunde so"). Es folgt eine Übersicht über das Gebiet der Zoanthropie (im weiteren Sinne, in welchem sie auch die Tierstimmenimitation umfaßt), einschließlich einer Zusammenstellung von Einzelfällen und „epidemischen" Vorkommnissen aus der Literatur, sodann eine eingehende psychogenetische Betrachtung dieser hysterischen Kaprice. Es „ergibt sich, daß man die Zoanthropie und die ihr verwandten Krankheitsbilder durch triebartige Nachahmung unter der Voraussetzung erklären kann, daß der Hysteriker ein Mensch mit primitivem Geistesleben ist. In der echten Zoanthropie werden offenbar direkt Halluzinationen nachgeahmt." Lotmar (Bern).

383. Singer, Kurt, Was ist's mit dem Neurotiker vom Jahre 1920? Med. Klin. **37**, 951. 1920.

Mit großer Berechtigung hebt Verf. die soziale Bedeutung des Neurotikerproblems hervor. Die gesamte Neurotikerfrage ist mit Einsetzen der Revolution auf eine andere Basis gestellt. Der Hauptgrund zur „Flucht in die Krankheit" fiel fort. Dafür traten andere ätiologische und begünstigende Momente in den Vordergrund. Vor allem führten vielfach die schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse, unzureichende Rentenabfindung und Arbeitslosigkeit zu Rezidiven. Vorübergehend und deshalb weniger wichtig war eine starke Reaktion gegen die Renten- und Gesundheitsbeurteilung der staatlichen Behörden im ersten Zeitraum revolutionären Überschwanges. Auf der anderen Seite hat die Verschiebung des Autoritätsgefühls die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen dauernd erheblich beeinträchtigt. Auch die vielfach aus Utilitätsgründen vollzogene Umgestaltung der Ausdrucksformen der Neurose — von sinnfälligen Symptomen, Zittern, Lähmungen zu allgemeinen nervösen Beschwerden — hat die Heilaussichten einer aktiven Therapie verringert. So hatten von 123 reinen Neurotikern in letzter Zeit nur 24 körperlich sichtbare, der Behandlung unmittelbar zugängliche Erscheinungen. Als Richtlinien für die Behandlung sind vor allem die Bei-



behaltung einer zielbewußten, disziplinbetonten Methode, wobei jedoch die Auslösung übermäßiger „Unmutaffekte“ der Patienten zu vermeiden ist, und einheitliche, sachgemäße Durchführung der Rentenzumessung zu empfehlen. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

Kriegsneurosen.

384. Fränkel, F., Über die psychopathische Konstitution bei Kriegsneurosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **47**, 287. 1920.

In Übereinstimmung mit den Anschauungen der Mehrzahl der Autoren ergibt die Prüfung auf psychopathische Veranlagung mittels der das individuelle Vorleben betreffenden Anamnese, daß von den 72 Kriegsneurotikern der Charité vom Jahre 1916 nicht weniger als 61 ausgesprochen psychopathische Züge dargeboten hatten; und unter den übrigen 11 ist nicht einer, der das Bild einer absolut normalen Persönlichkeit bietet. Im einzelnen gibt Verf. zu jeder der Gruppen, nach denen er sein Material bespricht (Imbezille, Haltlose, Verschrobene, konstitutionell Erregte, Neurasthenische, Sensitive, Cyclothyme und Depressive) kennzeichnende Beispiele, zum Teil begleitet von allgemeineren Darlegungen; von letzteren sei die anschauliche Schilderung der in dieser Art noch nicht abgegrenzten Gruppe der „Sensitiven“ hervorgehoben. Die psychopathische Konstitution ist der bestimmendste der Faktoren, die für die Entstehung einer Neurose in Betracht kommen. Die exogenen Einflüsse sind demgegenüber Nebensächlichkeiten, die höchstens Bedeutung für die Lokalisation und die Form der Neurose gewinnen. Der Krieg hat gezeigt, daß die Zahl der regelwidrigen Persönlichkeiten die früheren Annahmen weit übersteigt; nicht etwa handelt es sich bei Feststellung jener Gesetzmäßigkeit um eine ad hoc erfolgende unzulässige Erweiterung des Begriffes des Psychopathischen.

Lotmar (Bern).

VIII. Unfallpraxis.

385. Berliner (Gießen), **Die psychologische, psycho-physische Methodik bei Begutachtung von Unfallskranken.** Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Sept. 1920.

Vortr. berichtet über die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen an Unfallskranken mit einfachen psychologischen und psycho-physischen Methoden, die teils zur Beurteilung der Charaktereigenschaften des zu Begutachtenden, seiner Glaubwürdigkeit usw., teils zur Prüfung der intellektuellen und motorischen Leistungsfähigkeit ausgeführt wurden. Im Speziellen wurde angewandt 1. Prüfung des Kopfrechnens (nach Sommer). 2. Vereinfachte Prüfung der Merk- und Lernfähigkeit nach Ranschburg. 3. Registrierung der Zitterbewegungen sowie der Haltung des rechten Armes mit Sommers Apparaten. Die Ergebnisse dieser bei allen zu Begutachtenden systematisch vorgenommenen Untersuchungen lieferten wertvolles Material für die Beurteilung des Gesamtzustandes.

Eigenbericht (durch Göring).

IX. Forensische Psychiatrie.

386. Kehrer, Über die „problematische Zurechnungsfähigkeit" und ihre Untersuchung. Ostdeutscher Psychiatertag. Breslau 1920.

Um die wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf jene in praxi durchaus nicht seltenen Fälle zu lenken, in denen z. B. im Gegensatz zu der viel behandelten verminderten Zurechnungsfähigkeit die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit prinzipiell durch die Unsicherheit der psychopathologischen Diagnostik sich bis zur Unlösbarkeit schwierig gestaltet, faßt sie Kehrer unter dem vorläufigen Begriff der „problematischen Zurechnungsfähigkeit" zusammen. In der Hauptsache erstreckt sich dies Gebiet auf die „moral insanity" und die angebliche Amnesie für Zeiten, in die strafbare Handlungen fallen. Während über die „moral insanity" der Erwachsenen bekanntlich eine freilich noch von ihrem Abschlusse weit entfernte Literatur existiert, ist die Frage ihres Vorkommens bei Jugendlichen, wohl in der Hauptsache infolge der unpsychologischen Fassung des § 56 StrGB., bisher kaum ins Auge gefaßt worden, trotzdem es sich hier um ein einheitliches und nur durch altersvergleichende Betrachtung lösbares Problem handelt. Die Frage verdient jetzt um so mehr in Angriff genommen zu werden, als durch die Eindeutigkeit der Intelligenzprüfung bei Jugendlichen, welche der „Binet" gewährleistet, der Nachweis normaler Intelligenz im engeren Sinne viel strikter zu führen ist als bei Erwachsenen. Es ist das Verdienst von Jacobsohn, durch energisches Eintreten für die von Fernald erdachte Methode das Interesse für die Untersuchung der „sittlichen Intelligenz" Jugendlicher geweckt zu haben. Ohne weiter auf die theoretischen Grundlagen der Methode einzugehen, hat K. sogleich die Probe aufs Exempel der Praxis gemacht, indem er systematisch die von der Zentrale für Jugendfürsorge bzw. dem Jugendgericht in Breslau zur Begutachtung geschickten jugendlichen „Vergeher" nach eingehender psychiatrischer Untersuchung und insbesondere Intelligenzprüfung (nach Binet) dieser Methode unterwarf. Dabei ergab sich, daß kein Kind überhaupt versagte; selbst 10jährige Knaben dieser Kategorie zeigten ein durchschnittliches Unterscheidungsvermögen der verschiedenen Testtaten; alle Abweichungen im einzelnen entsprechen noch durchaus den individuellen Differenzen, die sich bei normalen, ja vollkommen gebildeten Erwachsenen auch finden, Auffällig war durchweg die Gemütsruhe oder gar Indifferenz nicht nur bei der Prüfung überhaupt als besonders auch gegenüber den schwersten Delikten und gegenüber demjenigen Testvergehen, das dem bei dem Prüfling in Anklage stehenden psychologisch am nächsten stand. K. bezieht dies auf die selbst bei Psychopathischen und Schwachsinnigen nichtverloren gehende Nivellierung der Gefühlswerte durch die „Stofffreude" des Kindes. Auch Kinder mit „schlechtem Binet" bestanden die Probe gut. Diese Ergebnisse scheinen also durchaus gegen das Vorkommen eines isolierten Defekts der Beurteilungsfähigkeit strafbarer Handlungen, also einer moralischen Idiotie bzw. eines circumscripten Einsichtsmangels im Sinne des § 56 zu sprechen. Andererseits zeigen sie, daß die Methode zweifellos insofern zu primitiv ist, als sie prüft, was nur bei hochgradigem



sonstigen Schwachsinn nicht zur Anlage kommt. Der besondere Wert der Methode liegt nach K.s Ansicht sozusagen auf technischem Gebiet: Im Gegensatz zu allen bisherigen Versuchen, das Unterscheidungsvermögen für unerlaubte Handlungen zu prüfen, umgeht sie alle äußeren Schwierigkeiten dieser Prüfungen, indem sie sowohl die sprachlich-dialektische Geschicklichkeit resp. Unbeholfenheit als auch die affektiven Wirkungen des Examens („Examensstupor" oder „-negativismus") wie schließlich Verschleierungsabsichten oder die etwaigen Folgen moralischer Einwirkungen auf den Sträfling nach erfolgter Tat mehr oder minder ganz ausschaltet. Einen Einblick in mögliche krankhafte Faktoren, die trotz besserer Einsicht zur strafbaren Handlung und zur Rückfälligkeit führt, gestattet die Methode offenbar nicht. — Viel schwieriger gestaltet sich demgegenüber die praktisch häufige Entscheidung, inwieweit bei Mangel einwandfrei erbringbarer Zeugenerhebungen über die Umstände einer strafbaren Handlung eine vom Angeklagten behauptete Amnesie für die betreffende Zeit- oder „Tatstrecke" den Rückschluß auf eine Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51 gestattet. Die 3 prinzipiell hierbei in Betracht kommenden Möglichkeiten: das Vorliegen eines echten Dämmerzustandes, nachträgliche „Verdrängung" (Janet), bewußtes Nichtwissenwollen, liegen in gleicher Weise vor allem bei hysterischen Individuen parat. Es fragt sich nun: ist etwa die Hypnose ein Ermittlungsverfahren, das diese Unterscheidung gestattet? Theoretisch scharf zu trennen ist in derartigen Fällen die rein „detektivistische" Ermittlung eines „geständnisfähigen" Delikts von der psychiatrischen Ermittlung eines abnormen Bewußtseinszustandes zur Zeit der Tat. Über die prozessuale Berechtigung der Anwendung der Hypnose im ersteren Falle gehen die Meinungen der Juristen (v. Lilienthal, Fürst) noch auseinander. Abgesehen davon bedürfte die Frage noch sehr der Untersuchung, ob die Hypnose gegen den starren Widerstand des Angeklagten, der doch weiß, worauf es ankommt, überhaupt durchführbar ist. Bei Ausführung derselben mit Einverständnis des Angeklagten würde ihr psychologischer Sinn und ihre Aufgabe im allgemeinen darin liegen, daß durch sie entweder normale Gedächtnissperren (Affekthandlungen! vgl. auch automatisches Schreiben!) beseitigt oder die Fähigkeit zur Festhaltung der Unwahrheit aufgehoben oder dem Angeklagten eine goldene Brücke zur Wahrheit gebaut wird. Alle diese Absichten liegen außerhalb der Kompetenz des psychiatrischen Sachverständigen, der theoretisch die Hypnose nur zur Klärung der Bewußtseinslage zur Zeit der Tat anzuwenden berechtigt ist. Die Fragestellung spitzt sich in einschlägigen Fällen dahin zu: Beweist die in tiefster (somnambuler) Hypnose gelingende Wiedererweckung von angeblich amnesierten Erlebnisinhalten, die man fälschlich als „Hypermnesie" bezeichnet hat, eine abnorme Bewußtseinslage zur Zeit ihres Erlebens? Auf Grund kritischer Erwägungen fremder und eigner Erfahrungen kommt K. zu dem Schlusse, daß die Gleichsetzung von nur in tiefster Hypnose Erweckbarem und „Unbewußtem" allein da in Frage kommt, wo „Somnambules gar nichts vom Wachen und Waches gar nichts vom Somnambulen" weiß, wo also wirklich ein Doppelich, bildlich gesprochen eine „Drehbühne" der Bewußtseinsfelder vorliegt. Nach K. hat selbst die Hysterieüber-



schwemmung, die der Krieg gebracht hat, keinen derartigen Fall gezeitigt und die bisherigen Kronfälle der Literatur halten einer strengen Kritik nicht stand. Da aber auch tiefe Hypnose die Fähigkeit zum Lügen, Verschweigen und Phantasieren nicht aufzuheben braucht, so ist also auch hier das Ergebnis der Hypnose nur mit Vorsicht zu verwerten. K. sieht in ihr nur ein indirektes Beweismittel: ein echter Dämmerzustand darf nach ihm nur da angenommen werden, wo direkte Beweise über die Zeit desselben erbracht sind. Eigenbericht.

387. Stern, Erich, Über Schuld und Zurechnungsfähigkeit vom Standpunkt der Psychologie der Wertung. Arch. f. Kriminologie **73**, 1. 1920.

Verf. hat im Anschluß an Külpe u. a. versucht, Wertungsvorgänge experimentalpsychologisch zu messen, dadurch, daß er den Versuchspersonen Reizworte, die eine Handlung bedeuteten, gab, vor allem Befehle erteilte, die eine Straftat darstellten. Auf Grund seiner Beobachtungen bespricht er die Frage der Schuld: er unterscheidet zwischen moralischer und Erkenntnis- oder logischer Wertsphäre. Diese Trennung ist wichtig für die Frage der unbewußten Fahrlässigkeit und Unzurechnungsfähigkeit. Bezüglich letzterer gibt es Individuen, bei denen beide Sphären mehr oder weniger fehlen, die Wertsphäre zeitweise aufgehoben, noch nicht entwickelt oder abnorm beschaffen ist, endlich solche, bei denen eine richtige Subsumption unter die Wertsphäre nicht möglich oder diese Subsumption nicht erlebt wird. Göring (Gießen).

388. Horch, Tötung zweier Kinder durch den Vater. Arch. f. Kriminologie **73**, 18. 1920.

Ein Bild tiefster moralischer Verkommenheit. Der Vater tötete die Kinder, nachdem sich seine Frau einem anderen Manne zugewandt hatte, was er anfangs gebilligt hatte. Vor der Tat reichlicher Alkoholgenuß. Das dritte Kind verschonte er auf dessen Bitten hin. Geisteskrankheit lag nicht vor. Die Geschworenen verneinten die Frage nach Mord, was zweifellos ein Fehlspruch war. Göring (Gießen).

389. Heindl, Robert, Strafprozessuale Sonderbehandlung der chronischen Verbrecher. Arch. f. Kriminologie **72**, 255. 1920.

Verf. schlägt eine scharfe Trennung der chronischen und sonstigen Verbrecher vor und verlangt für erstere eine besondere Behandlung nicht nur im materiellen, sondern auch im formalen Strafrecht, vor allem ein abgekürztes Verfahren. Göring (Gießen).

390. Hoffmann, H., Zur Frage der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Allg. Zeitschr. f. Psych. **76**, 325. 1920.

Die juristische Literatur und die gerichtlichen Entscheidungen zeigen, daß § 1569 BGB. insbesondere hinsichtlich der „geistigen Gemeinschaft" bislang durchaus nicht einheitlich ausgelegt wird. Verf. fordert eine Milderung des Paragraphen im Interesse des gesunden Ehegatten, um wirtschaftliche Mißstände und moralische Übel zu verhüten, wie auch aus biologischen Gesichtspunkten. Dem gesunden Teil soll durch das Gesetz die Möglichkeit gegeben werden, die ihm und seinen Kindern drohenden Schäden durch Eingehen einer neuen Ehe abzuwenden. Für eine neue Fassung des § 1569 wird folgender Wortlaut vorgeschlagen: „Ist ein Ehegatte in



Geisteskrankheit verfallen, so kann der andere auf Scheidung klagen, wenn 1. die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre ununterbrochen gedauert hat, 2. dadurch die ursprüngliche Persönlichkeit des erkrankten Ehegatten derartig beeinträchtigt ist, daß die früher bestandene geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist, 3. wissenschaftlich begründete Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft nicht besteht." Erklärend fügt Verf. noch hinzu, die geistige Gemeinschaft habe dann als aufgehoben zu gelten, wenn von dem Bewußtsein der durch die Ehe gegebenen sittlichen Rechte und Pflichten, der dazu erforderlichen Fähigkeit zu gemeinsamem Denken und Fühlen, bestehend in wechselseitiger Ergänzung von Mann und Weib, in einer wahren Gefühlsgemeinschaft, aufgebaut auf gegenseitiger Achtung und Liebe, sowie von der Fähigkeit und dem Willen zur Betätigung und Förderung der gemeinsamen ehelichen Interessen nicht mehr gesprochen werden kann. Haymann.

391. Rumpf, Th., Neurosen nach Trauma und Rechtsprechung. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 507.

Verf. empfiehlt bei den sog. Schreckneurosen schleunige, eingehende fachärztliche Untersuchung und Änderung des Gesetzes in bezug auf die Abfindung. Er hält die Zuziehung von Ärzten als Richter zu einer nach dänischem Muster vorgeschlagenen Spruchkammer für Haftpflichtprozeß über Gesundheitsschädigungen für notwendig. Eugen Kahn (München).

X. Anstaltswesen. Statistik. Erblichkeitsforschung. Allgemeines.

392. Siemens, Hermann Werner, Über kausale Therapie erblicher Krankheit und erblicher Minderwertigkeit. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1344. 1920.

Während die moderne Erblichkeitsforschung keine neuen symptomatisch-therapeutischen Möglichkeiten findet, eröffnet sie für die kausale Therapie neue Gesichtspunkte, die zu verwerten vor allem Sache der sozialen Gesetzgebung ist. Die Beeinflussung des Idiotypus selbst — und nur um diese kann es sich handeln, nachdem der lamarkistische Glaube an die Vererbung erworbener Eigenschaften, der den Mendelschen Formeln widerspricht, verlassen ist — scheint vorderhand unmöglich; der völligen Ausschaltung der Träger einer krankhaften Erbanlage aus dem Fortpflanzungsprozeß steht die Ungeklärtheit vieler Vererbungsarten und die Überlegung entgegen, daß bei Heirat mit einem gesunden Partner die Hälfte der Nachkommen gesund bleiben kann. Die Ehe eines äußerlich gesunden Individiums mit schwerster Belastung klar dominanter Krankheiten hat keine Bedenken. Hingegen gehen aus der Ehe zweier mit rezessiven Erbkrankheiten behafteten Personen regelmäßig Kinder hervor, die rezessive Leiden haben. Die Ehe eines rezessiv Kranken mit einem Gesunden kann man nicht als kausale Therapie bezeichnen, die Manifestation der Krankheit bei den Nachkommen wird nur hinausgeschoben. Die Entartung einer Rasse hängt aber nicht von der Vermehrung der groben Krankheiten ab (daher ist die in Amerika propagierte negative Rassenhygiene von geringer Wir-



kung), sondern von der Verminderung der über durchschnittlich Befähigten. Die Zunahme der idiotypischen Minderwertigkeit kann außer durch Idiokinese (Erbmassenänderung durch Alkohol, Röntgenstrahlen, Tuberkulose usw.) zustande kommen durch Kontraselektion (ungünstige Auslese), die ihre Ursache in einer größeren Fruchtbarkeit der Minderbegabten haben würde. Ziel der Rassenhygiene wäre also die Herbeiführung möglichst vieler Einflüsse, die die durchschnittlich leistungsfähigeren Menschengruppen zu stärkerer Vermehrung als die übrigen veranlassen. Die wirtschaftlichen Gründe der Geburtenverhütung liegen nun nach Siemens darin, daß kinderreiche Familien ihre Lebensansprüche im Verhältnis zu denen kinderloser desselben Berufstandes herabschrauben müssen. S. stellt als rassenhygienische Forderung auf, daß bei direkten Abgaben nicht nur Einkommen und Vermögen Maßstab sein soll, sondern auch die Zahl der von ihm erhaltenen Personen, daß die Besoldung der Beamten noch vielmehr als bisher nach der Kinderzahl abgestuft wird, und daß die Besteuerung des Erbes der Eltern um so höher ist, je weniger Kinder da sind. Dazu hat nach S. (und Lenz und Gruber) eine rassenhygienische Siedlungspolitik zu treten (Abgabe bäuerlicher Lehen, deren Zins sich mit der Kinderzahl verringert). Schließlich wird die Einführung der Rassenhygiene als Pflichtfach für die Hörer aller Fakultäten gefordert.

Krambach (Berlin).

● **393. Adamkiewicz, Die Eigenkräfte der Stoffe, das Gesetz von der „Erhaltung der Materie" und die Wunder im Weltall.** Bibliothek für Philosophie. Herausgegeben von Ludwig Stein. Bd. 17. Berlin 1920, Leonhard Simion. 95 S.

Eine Art von recht naivem Materialismus, der aber, ohne jede Spur einer zulänglichen Begründung, das Energiegesetz nicht gelten läßt. Sachlich ein ziemlich belangloser Versuch, wird das Büchlein psychologisch bedeutsam durch die Art, in der das Verhältnis der Persönlichkeit des Verf. zu den darin geäußerten Ideen und zu seinen früheren Leistungen sich ausprägt. Verf. ist nach seiner Ansicht um seine sämtlichen, überall bahnbrechenden Leistungen auf den verschiedensten Gebieten der Biologie, Medizin und Naturwissenschaft systematisch und verbrecherisch bestohlen worden. Die Diebe, zu denen unsere hervorragendsten Gelehrten gehören, sind organisiert in der k. k. österreichischen „Krebsgesellschaft" und der „Ersatzmittelagentur Ehrlich, Wassermann und Genossen"; sie arbeiten „im Bunde mit einer von ihr gedungenen Presse und ‚Justiz' (‚gedungene Sachverständige und Rechtsbetrug')". „Doch macht sich auch eine vergeltende Nemesis geltend. Furchtbar ist das Schicksal mancher von ihnen. Andere haben es noch zu erwarten, und niemand wird ihm entgehen." Also ein psychologisches Dokument. Kronfeld (Berlin).

394. Böttcher, W., Die Rechtsverhältnisse bezüglich sexueller Vorkommnisse bei der Verwendung weiblichen Personals zur Pflege auf den Männerabteilungen öffentlicher Irrenanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psych. **78**, 369. 1920.

In Frage kommen könnte § 174, Ziffer 3 des Strafgesetzbuches, wonach Medizinalpersonen, die an öffentlichen Anstalten beschäftigt sind,



mit Zuchthaus bestraft werden, wenn sie mit den ihnen anvertrauten Personen unzüchtige Handlungen vornehmen; in Wirklichkeit würde aber wahrscheinlich dieser Paragraph zur entsprechenden Sühnung nur in den seltensten Fällen ausreichen, weil 1. Privatanstalten ausgeschlossen sind, und 2. die gewöhnliche Pflegerin (nach Analogie mit anderen Paragraphen) nicht als Medizinalperson betrachtet wird; Bestrafung könnte nur (nach § 176, 3) erfolgen, wenn die Vornahme unzüchtiger Handlungen oder die Verleitung zur Verübung oder Duldung solcher mit Personen unter 14 Jahren erfolgt ist; handelt es sich um mehr als 14 Jahre alte Kranke, so wäre die betreffende Pflegerin nur dann strafbar, wenn sie Beamteneigenschaft besitzt. — In zivilrechtlicher Beziehung könnte die Frage eine Rolle spielen, welche Ansprüche der Anstaltsleitung gegenüber entstehen können infolge der Schwängerung einer Pflegerin durch einen in einer Irrenanstalt untergebrachten Geisteskranken, ferner die Frage nach den Ansprüchen des weiblichen Personals bei Schwängerung durch Notzucht von seiten eines Geisteskranken. Alimentationspflicht bestünde nach des Verf. Ansicht nur dann, wenn grobe Fahrlässigkeit vorläge, etwa in dem Falle, daß der betreffende Kranke interniert worden wäre unter dem ausdrücklichen Hinweis, er solle dadurch speziell von weiteren sexuellen Handlungen zurückgehalten werden. Erfolgte die Einweisung durch eine öffentliche Behörde (also nicht durch Privatvertrag), so können aus dem Verkehr der Pflegerin mit einem derartigen Kranken Ansprüche gegen die Anstaltsleitung nicht abgeleitet werden. — Bei freiwilliger Hingabe der Pflegerin können Ansprüche in keinem Falle gestellt werden. Wird etwa eine gravide Pflegerin durch die Angriffe von Geisteskranken oder bei der Bändigung unruhiger Kranker geschädigt, so würde ihr höchstwahrscheinlich von den Gerichten Schadenersatz zugesprochen werden. Haymann (Kreuzlingen).

395. Laquer, B., Alkoholforschungsinstitute und andere Kampfmittel gegen den Alkoholismus. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 605.

Verf. will seine durch den Krieg unterbrochene Werbetätigkeit wieder aufnehmen. Eugen Kahn (München).

396. Dobnigg und C. v. Economo, Die hereditäre Belastung der Dipsomanen. Allg. Zeitschr. f. Psych. **76**, 383. 1920.

Verff. hatten die Familientafel von 30 Dipsomanen aufgestellt. Es ergab sich, daß je ein Drittel der Kranken epileptisch bzw. periodisch-melancholisch degenerativ veranlagt waren. Das letzte Drittel wies bloß allgemein degenerative Charakterzüge auf, die sich nicht näher gruppieren ließen. Haymann (Kreuzlingen).

● 397. Hock, Die methodische Entwicklung der Talente und des Genies. Leipzig 1920. Akademische Verlagsgesellschaft. 196 Seiten. Preis brosch. M. 18,—.

Das Buch ausführlich zu referieren, lohnt sich nicht. Es sei nur gesagt, daß es sich nicht etwa um psychologische Untersuchungen handelt, wie der Titel erwarten lassen könnte, sondern um jenes pseudowissenschaftliche Hineintragen von biologischen Bildern und Vergleichen in Probleme des Geistes und der Weltanschauung. Schneider (Köln).



XI. Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München.

398. Isserlin-Levin, Irresein und Hirnverletzung. (Demonstrationen).

1. Levin: Der Volksschullehrer und ehem. Fliegeroffizier Sch., geb. 2. XII. 1893, stürzte am 25. IX. 1916 mit dem Flugzeug aus sehr beträchtlicher — angeblich 1000 m — Höhe ab. Er erlitt eine nicht komplizierte Fraktur beider Oberschenkel, Schädelbasisfraktur und war zunächst 4 Tage lang tief bewußtlos; völlig klar war Pat. zum ersten Male wieder am 12. X., das heißt nach 17 Tagen. Da Pat. zunächst auf verschiedenen chirurgischen Kliniken, seiner Oberschenkelbrüche wegen, behandelt wurde, finden sich Einträge über sein psychisches Verhalten naturgemäß selten. Zum ersten Male unter dem 1. II. 1917 — 4 Monate nach dem Unfall —: „Vorübergehende leichte Kopfschmerzen" erwähnt. 18. III. 1918 wird laut Kr.-Blatt „Befangensein im Kopf" geklagt. 16. IV. 1918 zum Ers.-Tr.-Teil entlassen. 26. IV. 1918 sucht Pat. Aufnahme im Militärerholungsheim nach, da „die Folgen meiner schweren Verwundungen für Körper und Seele noch so nachteilig" seien usf. In diesem Gesuche fällt bereits ein gewisses Pathos und leichte Gespreiztheit auf. In dem, das Gesuch unterstützenden, militärärztlichen Zeugnis wird unter „jetzige Klagen" aufgeführt: Müdigkeit, auch nach Nachtruhe; Empfindlichkeit gegen alle äußeren Eindrücke; Gedankenunordnung, „infolgedessen ungünstige Beeinflussung von Arbeitslust und Arbeitskraft". Bei der Untersuchung fällt körperliche Unruhe auf; im Urteil wird ausgesprochen, daß es sich um Folgen des Sturzes „auch in funktionell-nervöser Beziehung" handle. Diese Feststellung erfolgt $1^1/_2$ Jahre nach dem Unfall. — 2. VI. 1918. Aufnahme im Militärerholungsheim. 4. VII. 1918. Antrag von dort auf Überweisung des Pat. in eine geschlossene Anstalt wegen des Auftretens einer Psychose. Fachärztliche Untersuchung ergibt die Diagnose: manisch-depressives Irresein. 13. VII. 1918. Aufnahme in der Psychiatrischen Klinik München. Dort fiel neben starkem Selbstbewußtsein der eigentümlich singende, traumhafte Tonfall auf, in dem sich Pat. sehr ausführlich und etwas unnatürlich über seinen Zustand äußerte. Hier wurden auch zuerst diejenigen Züge beobachtet, die während der weiteren Entwicklung der Erkrankung das Krankheitsbild beherrschen: läppische Euphorie und Selbstzufriedenheit bei starker Urteilsschwäche; hält sich für einen Dichter, ist inspiriert, singt, fühlt sich jeder geistigen Leistung gewachsen; seine Sinne stärken sich; sieht und hört besser usw. Meist zugänglich und freundlich, dabei öfters läppisch, keine Krankheitseinsicht. 5. VIII. 1918. Antrag auf Verlegung des Pat. in das Lazarett für Hirnverletzte; Diagnose: traumatische Schwäche nach schwerer Hirnerschütterung, als deren Exacerbation die inzwischen abgeklungene Erregung (sc. im Militärerholungsheim) aufzufassen sei. — Unter dem 20. VIII. 1918 sind zum ersten Male einige Tage „schlechterer Stimmung" vermerkt, während deren Pat. etwas nörgelig sei. — Bei der Aufnahme im Lazarett für Hirnverletzte besteht leichte Verstimmung, die aber Pat. nicht hindert, seine expansiven Ideen mit größter Redseligkeit vorzutragen; will in den letzten Monaten eine Steigerung sämtlicher geistigen Fähigkeiten bemerkt haben: Musik, Singen, Schreiben, Erzählen, Unterhaltung; verstärkte Lebensbejahung. Bei den nun täglich vorgenommenen Befragungen des Pat. tritt die Idee von der ungeheuren Steigerung seiner Fähigkeiten immer stärker in den Vordergrund; andererseits bestehe eine gesteigerte Sensibilität, die es nun gelte, durch Willensanstrengung auf die richtigen Gebiete zu begrenzen. Unter anderen merkwürdigen Ideen äußert er auch diese, daß er durch die Macht seines Willens und durch gewaltsames Strecken seiner Beine diese zum Wachsen um 2 cm gebracht hätte. — Im Erholungsurlaub (Mitte September 1918) leichte Verstimmung. Dabei fällt ihm ein, daß er auch nach seiner Verwundung bereits einmal eine längere Verstimmungsperiode gehabt habe, die zeitweise bis zu Selbstmordideen angestiegen sei. Im Lazarett andauernd Schwierigkeiten mit dem Personal, ist mit allem unzufrieden, spielt in übertriebener Weise den Offizier. — Seit dem 27. I. 1919 in Heimpflege; geht seinem Berufe wieder nach. Bei den von Zeit zu Zeit erfolgenden Wieder-



vorstellungen entwickelt Pat. systematisch eine Idee, die er bis zum heutigen Tage konsequent ausbaut; glaubt, eine gewisse Periodizität im Ablauf der Lebensfunktionen beobachtet zu haben, abhängig auch von den Jahreszeiten, Stand der Sonne usw. Höchste Steigerung der Geisteskräfte und Anwachsen der Lebenspläne ins Ungemessene wechselten angeblich zuerst mit tiefster Depression. Allmählich lernte er, die Kurve durch seinen Willen immer ruhiger zu gestalten, wobei er selbst in allen Dingen immer klarer, sicherer und überlegener wurde. Zeitweilig angeblich zwanghafte Impulse, die er phantastisch ausschmückt. Schreibt an den behandelnden Arzt zahlreiche Briefe, in denen er seine weitere Entwicklung äußerst redselig schildert, sowie zwei Gedichtbändchen und zwei Hefte „psychologischer Arbeiten", deren eine den Titel „Übung und Aufbau" (physische Untersuchungen), die andere den „Ein neues physisches Gesetz" führt. Die Bestätigung seiner Theorien gewinnt er von seinen Schülern, die er mit dem Erlernen sinnloser Silben beschäftigt. Während im allgemeinen die Briefe von einer gewissen Monotonie sind, dabei aber gröbere Störungen nicht sichtbar werden, zeigen sie gegen Ende Dezember 1919 ausgesprochene Erregung, Verwirrung und Schriftmanieren. Nach Abklingen zeigt Pat. Krankheitseinsicht. Sonst stereotypes Benehmen. Äußert sich meist mit einem leichten Lächeln, zu dem der Inhalt seiner Angaben oft in ganz merkwürdigem Kontraste steht. Außerordentlich redselig, geringe Gefühlsbetonung, monoton singender Tonfall, auf Fragen antwortet er mit überlegener Miene, ohne sich wesentlich beeinflussen zu lassen. Gespreizter Ausdruck, maßlos gesteigertes Selbstbewußtsein bei ausgesprochener Urteilsschwäche. Sein Verhalten dem Lazarettpersonal gegenüber herablassend und leutselig. — Nachzutragen wäre noch die Aussage eines Kompagniekameraden des Pat. von seiner Friedensdienstzeit her, daß Pat. bei seinen Kameraden als etwas absonderlich bekannt gewesen sei.

Auf Grund vorliegenden Befundes erhebt sich die Frage, ob es sich hier nicht um eine beginnende Dementia praecox handeln könne. Dafür würden sprechen: der auffällige Kontrast zwischen der Lebhaftigkeit der angeblichen Erlebnisse und der monotonen, wenig gefühlsbetonten Art, wie diese vorgetragen werden; die Neigung zu systematisierten absonderlichen Theorien sowie die Abflachung der gemütlichen Sphäre, die Stereotypie und gewisse Manieren. — Gegen diese Auffassung des Falles kann eingewendet werden: der relativ stationäre Zustand während einer doch schon ziemlich langen Beobachtungszeit, das Fehlen von Sinnestäuschungen und eigentlichen Wahnideen, ferner das zugängliche, zutrauliche, leicht bestimmbare Verhalten des arztbedürftigen Patienten. — Für das Bestehen eines manisch-depressiven Irreseins sind genügende Anhaltspunkte nicht gegeben. Ausgesprochene Depressions- bzw. Exaltationszustände im Sinne dieser Krankheit wurden nicht beobachtet. Die beobachteten vorübergehenden Verstimmungen waren wenig eindringlich, das ganze Verhalten zeigte deutlich schwächliche Züge. — Überblickt man die Gesamtheit der bei dem Patienten gemachten Beobachtungen, so wird man sich doch wohl zu der Diagnose eines traumatischen Schwächezustandes bei einem von jeher absonderlichen Menschen (Psychopathen) entschließen. Für diese spricht die offensichtlich vorhandene Urteilsschwäche, die meistens bestehende flache, gelegentlich auch läppische Euphorie, die bisweilen in nörgelnde Verstimmung umschlägt, ohne daß auch dann Zeichen tieferer Gemütsbewegung hervortreten. Die bei dem Patienten festzustellenden, absonderlichen Züge dürften dann auf die von jeher gegebene Konstitution zurückgeführt werden.

2. Isserlin: Unteroffizier Ma., 17. VI. 1888 geboren, Zivilberuf Gestütswärter. Am 19. X. 1917 Verletzung am Oberschenkel und am Kopf. Bei der Aufnahme im Feldlazarett zehnpfennigstückgroße Wunde oberhalb der rechten



Ohrmuschel. Déviation conjungée. Operation: Blut und Hirnbrei in reicher Menge, noch am 1. XI. 1919 ist der Kranke benommen. Hirnprolaps. Am 15. XI. Neuoperation: Eiterentleerung. Guter Heilverlauf. Gelegentliches Aufbrechen der Narbe am Kopf. Februar 1918 Schwindelanfälle. 23. II. 1918. Epileptischer Anfall. Mäßige gemütliche Erregbarkeit in der nächsten Zeit. 19. VI. 1918. Temp.-Steigerung 38°. Anfall mit Bewußtlosigkeit, Pupillen mittelweit ohne Reaktion auf Lichteinfall. Öfters Klagen über Angstgefühl und schlechten Schlaf. Schwindel. 16. VIII. 1918. Von Zeit zu Zeit Anfälle von Bewußtlosigkeit und leichten Krämpfen. Pat. ist stark verstimmt. 23. IX. Anfall auf der Bahnfahrt. In der nächsten Zeit Klagen über Angstzustände, phantasiert im Schlaf, öfters nörglerisch, schwer zufriedenzustellen. Im November 1918 angeblicher Anfall im Urlaub. Ende November 1918 Aufnahme auf der Station für Nervenkranke, dort Klagen über übermäßige Erregbarkeit, Verstimmungen, linke Pupille weiter als rechte, einen Querfinger über der rechten Ohrmuschel haselnußgroßer Knochendefekt mit Pulsation. Starkes vasomotorisches Nachröten, Hyperhidrosis an der rechten Gesichtshälfte. — Röntgenbefund: ein kleiner Knochensplitter innerhalb des Knochendefektes, 1 hirsekorngroßer und 2 reiskorngroße Metallsplitter innerhalb der Schädelkapsel 3 Querfinger breit oberhalb des Defektes, welche sich bei fronto-occipitaler Aufnahme aufeinander projizieren. Auch auf der linken Schädelseite eine große Anzahl hirsekorngroßer Metallsplitter. Beim Gehen mit geschlossenen Augen geringe Abweichung nach links; spontaner Nystagmus nach rechts. 8. XII. Epileptischer Anfall, gibt an, vor den Anfällen keine längere Aura zu haben, kann noch einige Worte vorher rufen. 25. I. 1919. Auffallend verstimmt und gespannt, das Reden im Saal mache ihn nervös, er sei am liebsten allein; hat offenbar das Gefühl einer ihm selbst nicht erklärlichen Schwankung der Stimmung. Macht zeitweise einen schwer besinnlichen Eindruck. Geht unruhig im Zimmer auf und ab, fängt ohne Anlaß zu reden an, bietet den Eindruck verhaltener Angst. 25. I. 1919. Auffallend zerfahren, wisse, daß er unheilbar sei, das mache ihm aber nichts. 27. I. Verändert, mehr gehobener Stimmung, er glaube, daß er so ziemlich geheilt sei, er brauche keine Behandlung mehr. Alle, die an seine Angaben glauben, würden geheilt werden, er habe eine Erscheinung gehabt, es war eine geistige Erscheinung; er blicke auf ein paar Jahrhunderte zurück. Nicht sein Wille sei es, der Wille sei ihm gegeben. Er blicke auf Jahrtausende zurück. Habe einen Patienten (mit Stauungspapille) sehend gemacht. Es war keine irdische Erscheinung. Geistiges könne man nicht sehen, es war ein Wissen. Die Schuld am Kriege, die politischen Parteien, alles sei ihm klar geworden. Dabei keine gröberen Zeichen einer Bewußtseinstrübung, deutlich gehobenes Selbstbewußtsein. Der Eindruck des Traumhaften, der die Tage vorher bestand, fehlt jetzt völlig. 28. I. 1919. Epileptischer Anfall, Zungenbiß. Bezüglich der Erinnerung für die letzten Tage ist festzustellen, daß er für die letzte Vorstellung vor dem konsultierenden Arzt volle Erinnerung besitzt, hingegen kann er sich an zwei eingehende Untersuchungen, die der Stationsarzt an den beiden vorhergegangenen Tagen mit ihm vorgenommen hat, nicht erinnern. Hält noch an den wahnhaften Ideen fest, daß er eine Erscheinung gehabt habe und daß er auf Jahrtausende zurückblicke. Bei grober Prüfung keine Auffassungsstörungen nachweisbar. Wird am 30. I. von der Frau (gegen ärztlichen Rat) abgeholt. Stellt sich am 28. II. in Begleitung seiner Frau wieder vor. Habe sich zu Hause in das Bett gelegt und gesagt, im Himmel müsse es doch sehr schön sein. Kann sich an das, was er hier zuletzt vorgebracht hat, nicht mehr erinnern, an die „Messiasgeschichte" erinnere er sich schon noch, es komme ihm alles wie ein Traum vor. Bei genauerem Ausfragen wird deutlich, daß eine eingehendere Korrektur nicht besteht. 10. IV. Wiedervorstellung. Auf Befragen gibt er an, er wisse jetzt, daß die Wahnvorstellungen Täuschungen gewesen seien. Macht aber nicht den Eindruck wirklicher Korrektur, redet herum, erscheint unfrei, unzugänglich, mürrisch. 23. III. Anfall nach Bericht, desgleichen am 21. IV. Am 5. VI. Wiedervorstellung. Er sei noch nicht in Ordnung, er verstehe schlechter beim Hören als früher, laufe „gedankenlos" herum, die Stimmung sei besser, aber noch nicht dauernd gut. Die Erscheinung bezeichnet er jetzt als Wahnsinn, man hat aber immer noch nicht den Eindruck endgültiger und wirklicher Krankheitseinsicht. 2. VIII. In der Zwischenzeit Anfall, anscheinend jetzt



eindringlichere Krankheitseinsicht. 20. VIII. Immer noch unzugänglich und verschlossen. Anfall am 12. XI. Bei neuerlicher Vorstellung freier. 29. XI. Keinen Anfall mehr, jedoch öfters „schimmerndes" Gefühl. Über die früheren krankhaften Erlebnisse befragt, gibt er jetzt an, es sei seiner Ansicht nach ein Wahn, eine Schwäche gewesen, es sei ein „dritter Zustand" gewesen. Lehnt jetzt eindringlich jeden Zusammenhang mit den früheren Wahnvorstellungen ab. Freier, natürlicher. 29. III. Natürlich, frei, zutraulich, lehnt die früheren Erlebnisse als Geistesstörung ab. 12. VII. 1920. Bei einer Wiedervorstellung gibt er an, daß er im Sommer 1919 wieder freier geworden sei und seit dieser Zeit sicher wisse, daß das, was er früher vorgebracht habe, wahnhaft gewesen sei. Auf Befragen, ob er sich an die seinerzeit mit dem konsultierenden Arzt gehabte Unterredung erinnere, gibt er die Erinnerung zu und bemerkt zugleich, daß dies zweimal gewesen sei (richtig). Die Frage jedoch, ob er sich an den damaligen Stationsarzt noch erinnere, verneint er. Erst nachdem ihm das Aussehen des Arztes geschildert wird, erinnert er sich plötzlich. Er ist jetzt in seinem Verhalten natürlich, zugänglich, frei, geht auf Scherze ein, antwortet rasch und richtig, korrigiert vollkommen. Erinnere sich noch an seine damaligen Gedanken, wisse jetzt sicher, daß es ein Wahn war.

Die in diesem Fall zu stellende Diagnose kann jetzt, nachdem die psychischen Störungen völlig abgeklungen sind, wohl nicht zweifelhaft sein. Es handelt sich um einen Hirnverletzten mit zweifellos festgestellten epileptischen Anfällen, bei welchen im Anschluß an Anfälle eine Geistesstörung aufgetreten ist. Der psychische Zustand war dabei gekennzeichnet durch Wahnideen religiösen Charakters und durch eine zu Anfang bestehende traumhafte Bewußtseinsveränderung; in welchem Umfang leibhafte Trugwahrnehmungen bestanden haben, ist nicht sicher festzustellen. Nach Abklingen dieser akuten Phase zeigten sich Gedächtnislücken. Bemerkenswert ist nun, daß die Psychose mit dem Abklingen der akutesten Symptome nicht verschwand, sondern daß vielmehr über Monate hin ein Bild veränderter Persönlichkeit mit chronischer mürrischer Verstimmung, Unzugänglichkeit, Festhalten oder jedenfalls doch nur ganz mangelhafter Korrektur der Wahnideen fortbestand. Gröbere Auffassungsstörungen waren in dieser Zeit nicht nachweisbar (Untersuchungen mit feineren Methoden wurden aus äußeren Gründen nicht angestellt), doch scheinen si nach Angabe des Kranken nicht völlig gefehlt zu haben. Zeitweise bot der Kranke das Bild einer affektlosen Unzugänglichkeit mit Festhalten der Wahnvorstellungen, welche die Diagnose eines schizophrenen Prozesses nahelegte. Allmählich änderte sich das Bild. Patient wurde frei, natürlich, korrigierte durchaus. Demgemäß muß jetzt eine epileptische Psychose mit anfangs mehr traumhaftem, später mehr besonnenem, paranoidem Charakter diagnostiziert werden. Besonders muß dabei hervorgehoben werden, daß die Geistesstörung bei einem traumatisch Epileptischen aufgetreten ist und Monate hindurch gedauert hat. Dies gibt zugleich Veranlassung hervorzuheben, daß wir bei unseren nach Hirnverletzung Epileptischen alle Arten epileptischer Störung beobachten konnten; großen und kleinen Anfall, Verstimmung, Status epilepticus, fortschreitende epileptoide Charakterveränderung, Verwirrtheitszustände und nun auch einen Zustand, wie den bei dem vorgestellten Kranken. Das berechtigt gewiß nicht dazu, traumatische und genuine Epilepsie einfach zu identifizieren — aber es muß doch festgehalten werden. — Was den von Levin vorgestellten Fall anlangt, so ist auch er



eigenartig und gibt Veranlassung zu einer Reihe wichtiger Erörterungen. Auch ich bin der Ansicht, daß es sich bei ihm um einen traumatischen Schwächezustand handelt, aber um eine gewiß eigenartige Form der Ausbildung eines solchen. Die Frage dieser Schwächezustände ist ja sehr umstritten. Die Schwächezustände werden gewöhnlich, wenn solche als traumatisch bedingt überhaupt anerkannt werden, nur als rein *intellektuelle* Schwachsinnsformen bestimmt. Von manchen Seiten wird bekanntlich der traumatische Schwachsinn als eigenartige Störung überhaupt bestritten und nur der Schwachsinn als Ergebnis einer Summation umschriebener Defekte (Aphasie, Agnosie usw.) zugestanden. Demgegenüber ist festzuhalten, daß „Intelligenz" niemals nur als Effekt einer Summierung angesehen werden darf. Sie muß vielmehr als eine besondere seelische Leistung bzw. Fähigkeit herausgehoben werden, welche als solche für sich auch durch ein Trauma getroffen werden kann und, wie die Erfahrung zeigt, bei den Hirnverletzten gelegentlich auch in ausgeprägter Weise getroffen wird. Es muß aber weiterhin betont werden, daß der traumatische Schwächezustand keineswegs nur die intellektuelle Persönlichkeit treffen kann, sondern auch die Gebiete des Fühlens und Wollens. Dann können so eigenartige Bilder entstehen, wie wir eines in dem ersten demonstrierten Falle vor uns haben. Freilich muß hier sogleich die Frage aufgeworfen werden, wie weit in der prämorbiden Persönlichkeit die Grundlinien für das durch das Trauma geschaffene Ergebnis bereits enthalten waren, wie weit hier Trauma und Anlage zusammenwirken. Diese Frage muß sogar für die traumatische Epilepsie gestellt werden. Sie kann freilich nur mit großer Vorsicht behandelt werden.

Aussprache: Kraepelin: Die ursächlichen Beziehungen der Krankheitserscheinungen im ersten Falle zu der überstandenen Gehirnerschütterung scheinen mir etwas zweifelhaft zu sein. Zunächst war die Kopfverletzung anscheinend nicht so schwer, daß sie eine dauernde Störung nach sich ziehen mußte; wir sehen Schädelbasisfrakturen außerordentlich häufig ohne alle Folgen zur Heilung kommen. Sodann ist es auffällig, daß die Störungen erst so lange Zeit nachher bemerkbar geworden sind, wenn man auch annehmen will, daß manches vorher übersehen wurde. Bemerkenswert ist jedoch auch, daß der Kranke schon vor dem Unfall allerlei auffällige Züge dargeboten haben soll. Endlich scheint mir das Krankheitsbild selbst in keiner Weise kennzeichnend zu sein. Ich möchte auch meinen, daß trotz mancher Bedenken sich die Möglichkeit eines manisch-depressiven Irreseins nicht völlig ausschließen läßt. Dafür würde vor allem die Selbstschilderung des Kranken sprechen, der einerseits die Entwicklung seines Leidens mit Kurven zu vergleichen liebt, andererseits gerade die Gegensätze in der Stimmung zwischen tiefer Niedergeschlagenheit und berauschendem Glücksgefühl außerordentlich anschaulich schildert. Gegen eine Dementia praecox scheint mir, abgesehen von dem Fehlen von Sinnestäuschungen und eigentlichen Wahnbildungen, der Umstand zu sprechen, daß der Kranke anscheinend bis jetzt seine Berufstätigkeit hat ausüben können und auch keine auffälligeren Verschrobenheiten darbietet. Das Verhalten des zweiten Falles entspricht immerhin gewissen selteneren Erfahrungen bei Epileptikern. Ich möchte dabei an einen Residualwahn denken, an die mangelhafte Berichtigung von Wahnbildungen, die in Ausnahmezuständen aufgetaucht sind und zu paranoiden Krankheitsbildern führen können. Interessant ist es, daß eine solche Entwicklung sich bei einer traumatischen Epilepsie vollzogen hat. Wenn man nicht die etwas gewagte Annahme machen will, daß hier nur eine schon vorher bestehende Anlage zu genuiner Epilepsie durch die Kopfverletzung geweckt worden sei, so wird man vermuten dürfen, daß eben



verschiedenartige Krankheitsvorgänge, die epileptische Anfälle hervorrufen, gelegentlich auch entsprechende seelische Störungen erzeugen können. Die Erklärung abweichender Krankheitsbilder durch das Hineinspielen von bestimmten Erbanlagen hat gewiß viel Bestechendes. Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß sie, da sie mit Unbekanntem rechnet, leider sehr bequem und darum der Gefahr mißbräuchlicher Anwendung in nicht unerheblichem Maße ausgesetzt ist. Es wird Aufgabe sorgsamer Erforschung derartiger Zusammenhänge sein, die Grenzen jener Erklärungsmöglichkeit näher zu bestimmen.

Isserlin (Schlußwort): Zu der ersten Bemerkung Kraepelins ist zu sagen, daß das Trauma (bei dem ersten demonstrierten Kranken) allerdings ein sehr schweres war. Pat. stürzte aus sehr großer Höhe ab und war 4 Tage tief bewußtlos, erst nach 17 Tagen war er völlig klar. Schwere bleibende Störungen wären angesichts dieses Traumas nicht verwunderlich. Daß der psychische Zustand zunächst nicht auffiel, wird nicht in Erstaunen setzen, wenn man berücksichtigt, daß sich alle Aufmerksamkeit zunächst auf die schweren körperlichen Verletzungen des Pat. konzentrierte, und wenn man sich vergegenwärtigt, wie wenig die Krankenblätter chirurgischer Stationen von Feld-, Kriegs- und auch Heimatlazaretten über auffällige seelische Veränderungen enthalten. Für ein manisch-depressives Irresein sprechen nach meinem Dafürhalten keine genügenden Gründe. Schwerere Depressionen wurden nicht beobachtet. Die Gefühlsvorgänge erschienen überhaupt wenig tiefgreifend, eine schwächliche Euphorie herrscht seit langem fast konstant, eine erhebliche Urteilsschwäche ist unverkennbar. Ich glaube doch, daß die Diagnose eines Schwächezustandes bei einem von Grund aus etwas absonderlichen Menschen dem Tatbestand am meisten gerecht wird. Was den zweiten Fall anlangt, erscheint mir gegen einen bloßen Residualwahn die Tatsache zu sprechen, daß Pat. Monate hindurch in seinem ganzen Wesen erheblich verändert erschien und daß das jetzt wieder ganz anders geworden ist.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Band XXIII. Referate und Ergebnisse. Heft 4.

I. Anatomie und Histologie.

● **399. Vogt, Cécile und Oskar, Zur Lehre der Erkrankungen des striären Systems.** Journ. f. Psychol. u. Neurol. **25** (Ergänzungsheft 3). Zugleich im Buchhandel bei Joh. Ambrosius Barth, Leipzig, 1920. 220 S., 78 Doppeltafeln. Preis: M. 180.—.

In den beiden Aufsätzen „Erster Versuch einer pathologisch-anatomischen Einteilung striärer Motilitätsstörungen" und „Zur Kenntnis der pathologischen Veränderungen des Striatums und des Pallidums" wurde uns dieses Werk von C. und O. Vogt angekündigt, welches wir nun mit Dankbarkeit und Bewunderung entgegennehmen. In der Pathologie des Nervensystems ist in den letzten Jahren nichts geschrieben worden, was sich mit den Forschungen von C. und O. Vogt an Bedeutung messen könnte. Der Umfang und die Verschiedenartigkeit ihrer Studien — ich erinnere noch an das 1919 erschienene Buch „Allgemeinere Ergebnisse unserer Hirnforschung" — wird den nicht erstaunen können, welcher weiß, mit welch unermüdlichem Fleiße und mit welcher selbstlosen Hingabe an die Arbeit diese Forscher seit Jahrzehnten schafften. Sie brauchten die Unsitte nicht mitzumachen, der Karriere wegen alle Monate einen Artikel herauszubringen und in jeder Fachzeitschrift möglichst umfangreiche Schriftstücke zu präsentieren. Sie hatten das nicht nötig und konnten in stiller Gelehrtenarbeit warten, bis die Früchte ihrer Saat reiften. — Vor der klinischen und anatomischen Beschreibung ihres Materials bringen die Verff. normalanatomische Vorbemerkungen. Für sie stellt das striäre System einen physiologischen Begriff dar: „eine Zusammenfassung derjenigen Grisea und Faserungen, die in so engem Zusammenhang mit dem Striatum stehen, daß eine Schädigung derselben an irgendeiner Stelle Bestandteile des Striatumsyndroms auslöst". Zum striären System im engeren Sinne rechnen sie das Striatum, das Pallidum, das Corpus Luysi, Kerne des Thalamus und verschiedene, besonders das Pallidum durchsetzende Faserungen. Eine Faserverbindung zwischen Cortex einerseits und Striatum andererseits halten sie nicht für erwiesen. Als Träger der Verbindung zwischen Rinde und Striatum sehen sie die corticothalamische Faserung, sowie die Verbindung zwischen Thalamus und Striatum + Pallidum an. — Der Darstellung der groben Morphologie folgt eine Beschreibung der feineren Histologie und Cyto- und Myeloarchitektonik, sowie der Myelogenie. Sie zeigen darin, daß das Caudatum einen dem Putamen analogen Bau hat, speziell auch bezüglich der Cytoarchitektonik; das Pallidum zeigt einen ganz anderen Bau; es enthält nur eine Sorte spindelförmiger Ganglienzellen, während das Putamen von kleinen Ganglienzellen durchsetzt ist, zwischen welchen größere Nervenzellen zerstreut sind. Die Verff. beziehen sich hier besonders auch auf die histologische Untersuchung Bielschowskys an den Ganglienzellen dieser Gebiete; ich habe diese Arbeit Bielschowskys



früher hier (Referatenteil (20, 162) eingehend besprochen. Mit den anatomischen Differenzen zwischen Pallidum und Striatum stimmen die Anschauungen überein, welche C. und O. Vogt früher schon über deren funktionelle Bedeutung geäußert hatten: „Bei der sehr großen Zahl der von kurzaxonigen und den kleinen langaxonigen Zellen gebildeten Schaltzellen erweist sich das Striatum gegenüber dem Pallidum als ein kompliziert gebautes Regulationsorgan.“ Myelogenetisch besteht ein großer Unterschied hinsichtlich der Fasersysteme zwischen Thalamus und Pallidum einerseits, der striopallidären Faserung andererseits. Während die ersteren bereits beim neugeborenen Mark reif sind, sind die letzteren noch beim 5 Monate alten Kinde marklos. Dieser Befund weise darauf hin, daß das neugeborene Kind eine Zeitlang durch das Striatum nicht beeinflußte Pallidum-Bewegungen ausführt. — Die Einteilung, welche C. und O. Vogt von den striären Veränderungen gegeben haben, kennt man aus dem vorhin zitierten Aufsatz „Zur Kenntnis der pathologischen Veränderungen des Striatums und des Pallidums“. Sie folgen dieser auch hier und bringen zuerst nicht weniger als 8 Fälle, welche sie dem Etat marbré zurechnen. (C. Vogt hat die von ihr beschriebenen architektonischen Bilder mit französischen Namen belegt; zum Teil haben sie sie nachträglich latinisiert). Den Etat marbré identifizieren sie seiner Symptomatologie nach mit dem Littleschen Bilde: Hyperkinesen (spastische Zustände, unwillkürliche Bewegungen choreatischer und athetoider Art, Mitbewegungen, Zwangslachen und Zwangsweinen), daneben Verminderung der Ausdrucksbewegungen, Langsamkeit und Ungeschicklichkeit der Bewegungen (Störungen der Artikulation, Phonation usw.). „Alle Erkrankungen waren bilateral, waren trotz teilweise anders lautender Anamnesen unserer Ansicht nach angeboren und zeigten bis ins 5. Jahrzehnt zunehmende Besserungen.“ Die Hyperkinesen sind Enthemmungen und beruhen auf dem Ausfall der Striatumfunktion. Die Bewegungsausfälle und speziell die Ungeschicklichkeit beim Etat marbré könnten durch das Striatum denervatorisch gezügelte Pallidumkinesen darstellen. Anatomisch sei das Bild einzigartig: „Ganglienzellen fallen aus und an ihrer Stelle findet sich ein dichter Markfaserfilz.“ Die Prädilektionsstelle dieser Veränderungen ist im Caudatum der innere Teil, im Putamen das dorsale Gebiet. — Die 2. Gruppe striärer Erkrankungen ordnen die Verff. jenem myeloarchitektonischen Bilde ein, welches C. Vogt als Etat fibreux bezeichnet hat. Dieser kann Teilerscheinung des Bielschowskyschen Typus von cerebraler Hemiatrophie sein, er kann als isolierte Veränderung auftreten, drittens zur Huntingtonschen Chorea gehören und endlich kann er die Folge des der progressiven Paralyse zugrunde liegenden Prozesses sein. Man findet hier eine elektive Nekrose der Ganglienzellen und feinster Nervenfasern und als Folge davon ein starkes Zusammenrücken der erhalten gebliebenen groben Markfasern. In den 3 Bielschowskyschen Fällen waren die Befunde im wesentlichen gleichartig. Anatomisch fanden sich neben einer „elektiven Nekrose der 3. Rindenschicht eine solche der Striatumzellen“. Die Befunde bei diesen Prozessen weisen nach den Verff. auf eine besondere Empfindlichkeit der Striatumzellen hin — ähnlich wie der Elemente der 3. Rindenschicht. Klinisch ließ



sich aus den spastischen Erscheinungen die striäre Komponente nicht herausschälen. — Auch bei der isolierten elektiven Nekrose der Ganglienzellen kommt es zu einem Zusammenrücken der erhalten gebliebenen Markfasern des Striatums und den klinischen Zeichen einer progressiven bilateralen Chorea. Die Chorea beruht auf dem Ausfall der Striatumfunktion und der dadurch bedingten Enthemmung der Tätigkeit des Pallidum. Auch bei der Huntingtonschen Chorea ist die Ursache der Chorea in der Erkrankung des striären Systems zu suchen. Das Substrat der psychischen Störungen liegt in Veränderungen der Rinde, zumal in der 4. Schicht bzw. im Grenzgebiet zwischen der 3. und 5. Schicht. — In den beiden Fällen von progressiver Paralyse mit Etat fibreux ist besonders der eine wichtig, in welchem die Rinde verhältnismäßig geringfügige Veränderungen aufwies, während der paralytische Prozeß vor allem das Striatum befallen hatte. Auch hier ist die Ursache der choreatischen Bewegungen in dem Ausfall der Ganglienzellen des Striatums zu suchen. — Bei dem Etat dysmyélinique handelt es sich um eine Verarmung der striären Markfaserung unter gleichzeitiger Volumenverminderung besonders im Gebiet des Pallidum. Die hierfür aufgeführten Fälle stellen Erkrankungen dar, die seit der frühesten Kindheit bestanden und das Bild einer progressiven reinen Starre boten. Das Striatum kommt für die Pathophysiologie in dem hier vorliegenden Symptomenbild nicht in Betracht. Es liege ein Pallidumsyndrom vor: die Dauercontractur beruht auf dem Ausfall der Pallidumfunktion, ist eine subpallidäre Hyperkinese. — Das, was die Verff. Totalnekrose des Striatum nennen, deckt sich mit den von Wilson zuerst beschriebenen Bildern. In dem einen von ihnen untersuchten Thomallaschen Fall (Torsionsspasmus) war auch die charakteristische Leberveränderung vorhanden. Das Putamen ist hier der primäre Sitz der Erkrankung. Sie greift auf die äußere Kapsel, das Claustrum und auf die medial angrenzenden Gebiete des Pallidum über. — In einer weiteren Gruppe teilen die Verff. einen Fall mit, bei dem Neurogliaproliferationsherde bei gleichzeitigen präsenilen Veränderungen des striären Systems vorhanden waren. Die Erkrankung hatte sich innerhalb weniger Tage entwickelt, und zwar mit einer circumscripten Athetose, die bald allgemein wurde. Die Erscheinungen erinnerten an Torsionsspasmus und Paralysis agitans sine agitatione. — 10 typische Fälle von Paralysis agitans ordnen die Verff. in eine weitere Gruppe, welche sie als Status desintegrationis beschreiben. Dieser sei bestimmt durch Untergangserscheinungen im Striatum- und Pallidumgewebe (Volumenverminderung durch Untergang von Ganglienzellen und Markfasern, kleinen hämorrhagischen und Erweichungsherden, Resorptionserscheinungen des Gewebes um die Blutgefäße). Das Resultat ihrer Studien sehen die Verff. darin, daß der Paralysis agitans „im architektonischen Bilde faßbare Veränderungen zugrunde liegen“. Es handle sich hier um Äußerungen einer frühen Senilität. Die Autoren betonen aber ausdrücklich, daß der Status desintegrationis sehr verschiedene Veränderungen umfasse und daß ihre Feststellungen „auf die Dauer den pathologischen Anatomen und den klinischen Systematiker nicht befriedigen würden“. Und daran kann m. E. kein Zweifel sein. Architek-



tonische Bilder, wie sie C. und O. Vogt beschreiben, kenne ich bei senilen und arteriosklerotischen Prozessen, und es ist nach meinen Erfahrungen den Veränderungen nicht anzusehen, ob der Träger des Gehirns eine Paralysis agitans gehabt hat oder nicht. — Ein letzter Abschnitt bringt den Befund eines von Liepmann beobachteten Falles einer gröberen Herderkrankung im striären System. — In den Schlußbetrachtungen behandeln die Verff. die Fragen nach den besonderen Striatum- und Pallidumsymptomen, nach dem Parallelismus zwischen architektonischer und physiologischer Differenz, nach der normalen Funktion der verschiedenen Grisea, sowie nach der wissenschaftlichen Klassifikation der striären Erkrankungen. Als striäre Ausfallssyndrome führen sie Akinesen, Inkoordinationen, substriäre Hyperkinesen, gelegentliche Hypotonie auf. Der Ausfall der Pallidumfunktion beiderseits bedingt eine dauernde schwere Versteifung. Aus den klinischen und anatomischen Tatsachen ergibt sich, daß das Pallidum das Zentrum für zahlreiche primitive Kinesen ist. Sie werden durch Emotionen (cortico-thalamische Reize) verstärkt, sind zum Teil aber auch grobe Ausdrucksbewegungen unseres Gefühlslebens. Das Striatum ist beim Erwachsenen ein dem Pallidum übergeordnetes Zentrum „für unser unwillkürliches Mienen- und Gestenspiel, für automatische Mitbewegungen und Positionsveränderungen, für Abwehr- und Schutzreflexe". — Man sieht, die Abgrenzung einzelner Gruppen, wie sie C. und O. Vogt hier geben, geschieht nicht nach pathologisch-anatomischen Prinzipien, sondern mit Rücksicht auf die Myeloarchitektonik. Die Verff. betonen, daß, so wichtig die histologische Vertiefung der Erkrankungen auch sei, für die Vergleichung der einzelnen Fälle, für ihre Gruppierung und ihre lokalisatorische Ausnutzung „das Markfaserbild und das ergänzende Giesonbild das wichtigste ist". So bedauern sie, daß z. B. der Fall von Economos nach der lokalisatorischen Seite nicht genügend erforscht sei, seine Darstellung gebe von der Ausdehnung des pathologischen Prozesses kein genügendes Bild. Sie warnen sogar, man möchte „nicht irgendwelche feine Veränderungen, z. B. im Sudanpräparat hervortretende Fettablagerungen, eine wichtige Rolle spielen lassen". Ich selbst meine freilich, daß gerade die sorgfältige architektonische und lokalisatorische Gruppierung des Materials durch C. und O. Vogt mehr als je dazu herausfordert, neben der von ihnen befolgten myeloarchitektonischen Methode die Prinzipien der histopathologischen Forschungsrichtung zur Geltung zu bringen. Vieles von dem, was wir über die Wilsonsche Krankheit und die Pseudosklerose wissen, hätte aus den Markscheidenbildern nicht erschlossen werden können. Der Nachweis eines Markfaserausfalls im Ammonshorn oder im Dentatum und die sekundäre Bindearmdegeneration hat für die Klärung des histopathologischen Wesens einer Krankheit so gut wie keine Bedeutung. Wer die Analyse pathologisch-anatomischer Komponenten eines Prozesses anstrebt, wird bewußt darauf verzichten müssen, Einzelheiten der Lokalisation in Serien klarzustellen. Ich bin der Überzeugung, daß es sehr zweckmäßig ist, wenn eine Arbeitsteilung in dem Sinne erfolgt, daß die dazu berufenen Forscher die Architektonik und ihre Störungen, wie die genaueste Lokalisation der Veränderungen ermitteln, während die



anderen, denen die Histopathologie am Herzen liegt, diese mit ihren Mitteln zu fördern suchen. Für die Verfeinerung der topischen Diagnose und damit zugleich für die genauere Erforschung der funktionellen Bedeutung verschiedener Apparate der fraglichen Systeme ist das lokalisatorische Untersuchungsprinzip maßgebend. Für diesen Zweck kommt es auf die Feststellung der Art des Leidens kaum an, ungleich vielmehr dagegen auf die präzise Bestimmung ihres Sitzes. Ein Tuberkel, ein Echinokokkus, eine Encephalitis, eine rein degenerative Erkrankung können bei gleichem Sitz gleiche Erscheinungen machen. Das wissen wir aus der allgemeinen Neuropathologie seit langem, und bei den striären Erkrankungen haben C. und O. Vogt das an einem sehr großen architektonisch genauestens untersuchten Material dargetan. Das Beispiel des Etat fibreux zeigt am charakteristischsten, was die von den Verff. befolgte Methodik will und welches die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit sind: 4 (und vielleicht noch mehr) ätiologisch und auch ihrem pathologisch-anatomischen Wesen nach prinzipiell voneinander abweichende Prozesse (Paralyse, Huntington usw.) machen dieses Bild. Wie die anderen architektonischen Bilder ist dieser Etat fibreux ein äußerliches Merkmal. Wir haben es mit dem Effekt verschiedenartiger pathologisch-anatomischer Prozesse zu tun. In der pathologischen Histologie ist es aber gerade unsere Aufgabe, die im Endeffekt übereinstimmenden oder einander ähnlichen Bilder — etwa eine Sklerose, eine Verödung, eine Zusammendrängung — ihrer Genese nach zu analysieren und sie nach der Art des Prozesses voneinander zu sondern. Wer pathologische Anatomie treibt, der wird den darin üblichen Methoden folgen und von dieser Forschungsrichtung Aufschluß über die striären Erkrankungen erwarten dürfen. Und C. und O. Vogt selbst schreiben ja, daß neben ihrer architektonischen Forschung eine eingehende Vertiefung des Studiums nach der histopathologischen Seite ein dringendes Bedürfnis sei. Wir selber stehen hier, wo Nissl stand: auf das histopathologische Gesamtbild der Krankheit kommt es uns an. Sp.

400. Spielmeyer, W., Die Anatomie im Dienste der Psychiatrie. Die Naturwissenschaften 1920, Heft 18.

In diesem in der Jahressitzung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie im Januar 1920 gehaltenen Vortrag schildert Spielmeyer, wie erst, nachdem Kraepelin mit der symptomatologischen Psychiatrie aufgeräumt und eine klinische Psychiatrie geschaffen hatte, die pathologische Anatomie der Geisteskrankheiten an die Aufgabe herangehen konnte, „zu dem Gesamtbild einer psychischen Erkrankung die besondere Art des Hirnbefundes zu ermitteln" und so „die einzelnen Psychosen voneinander abgrenzen zu helfen". Verf. erörtert dann, was die Anatomie in dieser Beziehung schon geleistet hat, wie nach der Umgrenzung des anatomischen Bildes der Paralyse und einiger anderer Prozesse eine gewisse Enttäuschung darüber einsetzte, daß die Fortschritte nicht im selben Tempo weitergingen, wie aber trotz aller Hindernisse die Vorarbeiten anatomischer und allgemein histopathologischer Art weiter gedeihen und so eine stetige Weiterentwicklung dieses Wissenszweiges erhoffen lassen. Wie weit man dabei kommen wird, läßt sich nicht vorher sagen, ganz bestimmt aber darf man diesen



Fortschritten nicht im voraus bestimmte enge Grenzen setzen. Insbesondere erhofft Verf. auch von der Benutzung der Forschungsergebnisse Brodmanns und Vogts einen neuen Gewinn für die anatomische Erforschung der Psychosen, indem sie die Ermittlung des Sitzes des krankhaften Prozesses in ihr Aufgabengebiet einbezieht. Fr. Wohlwill (Hamburg).

401. Valentin, Bruno, Die feinere Gefäßversorgung der peripheren Nerven. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg. **18**, **57**. 1920.

Zur Feststellung der genaueren Gefäßversorgung der Nerven, meist der hinteren Extremitäten, hat Verf. an lebenden Meerschweinchen und Ratten Injektionsversuche gemacht. Als Masse wurde die sog. kalte, vor der Injektion auf Körpertemperatur erwärmte Masse benutzt. Injiziert wurde von der Aorta abdominalis aus. Die histologische Untersuchung der injizierten Nerven ergab folgende Befunde: Im Epineurium sind die Arterien und Venen noch von mittlerem Kaliber, sie liegen meist beieinander und sind stets quer getroffen, verlaufen also longitudinal. Im Perineurium der sekundären Nervenbündel ist ein besonders dichtes, untereinander mit sehr reichlichen, senkrecht zur Nervenachse verlaufenden Anastomosen in Verbindung stehendes Capillarnetz enthalten. An einzelnen Stellen ist dieses Netz so dicht, daß das Nervenbündel geradezu von einem Gefäßzylinder umgeben ist. Von diesem perineuralen Capillarnetz aus ziehen senkrecht zur Nervenmasse verlaufend an einigen Stellen feinste Capillaren ins Innere der Nerven zusammen mit den bindegewebigen Septen zum Endoneurium, diese sind also im Querschnitt des Nerven längsgetroffen. In den sekundären Nervenbündeln selbst ist wieder ein längsverlaufendes Capillarnetz anzutreffen, und zwar sieht man bei kleineren Bündeln, meist in der Mitte, ein quergetroffenes Gefäß, bei größeren zwei bis drei. Diese feinsten Capillaren liegen nicht immer genau in den größeren endoneuralen Septen, sondern mitunter fast ohne Bindegewebe zwischen den einzelnen Nervenfasern. Schob (Dresden).

402. Jahnel, F., Weitere Erfahrungen über Spirochätenfärbungen im Nervengewebe. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1263. 1920.

Bei Färbung nach der Noguchi- und Levaditimethode werden die Blöcke nach dem Versilbern 2 Stunden gewässert und dann mit dem Levaditi-Manonélianschen Entwickler behandelt. Erfolg: Deutlichkeit der Spirochäten. Krambach (Berlin).

403. Saphier, Johann, Pallidafärbung im dicken Tropfen. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1047. 1920.

Ein Tropfen Reizserum wird auf dem entfetteten Objektträger luftgetrocknet oder durch 3 maliges Durchziehen durch die Flamme vorfixiert. Fixieren in Formalin (20,0) — Essigsäure (Acid. acet. glac. 1,0) — Lösung (Aq. 100,0) für 1 Minute. Abspülen mit ein paar Tropfen 5 proz. Tanninlösung (Acid. tannic. 5,0, Acid. carbol. 1,0, Aq. 100,0). Erhitzen bis zur Dämpfeentwicklung auf dem Präparat mit dieser Lösung (10—20 Sekunden). Färbung mit konzentrierter wässeriger Krystallviolettlösung. Abspülen in Wasser. Krambach (Berlin).



● **404. Ribbert, Hugo, Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie.** 7. Aufl. F. C. W. Vogel, Leipzig 1920. 801 S. mit 860 Abb. Preis M. 42,—.

Kurz vor dem Tode dieses uns viel zu früh entrissenen Führers in der Pathologie ist sein ausgezeichnetes Lehrbuch in neuer Bearbeitung erschienen. Sein größter Vorzug liegt wohl in der einheitlichen Behandlung des gesamten Stoffes. Es trägt im Gegensatz zu den Lehrbüchern, an denen viele eine oft heterogene Arbeit leisten, ein persönliches Gepräge. Uns interessieren an dem Buche weniger die Abschnitte, die von der Pathologie des Nervensystems handeln, als die Darstellungen aus der allgemeinen Pathologie. Das Ribbertsche Buch klärt uns, wo wir in der Histopathologie des Nervensystems solchen Fragen begegnen, rasch darüber auf. Glänzend und einfach dargestellt sind besonders die schwierigen Kapitel über die regressiven Veränderungen; mit bewunderungswürdiger Klarheit sind hier die Verfettung, Verkalkung, überhaupt die degenerativen Veränderungen und die dabei auftretenden Stoffwechselstörungen behandelt. Ich möchte auch seine Umschreibung des Entzündungsbegriffes nennen, über welchen Ribbert ja grundsätzlich wichtige Studien gemacht hat.

Sp.

405. Weimann, Beitrag zur Kenntnis der anämischen Spinalerkrankungen. Arch. f. Psych. **62**, 515. 1920.

Verf. berichtet über 4 Fälle von anämischer Spinalerkrankung, in 2 konnte der Sektionsbefund erhoben werden. Perniziöse Anämie lag in 2 Fällen vor. In klinischer und anatomischer Beziehung bieten die Fälle keine Besonderheiten. Verf. erörtert eingehend das klinische Krankheitsbild und die Pathogenese. Neue Gesichtspunkte werden nicht beigebracht. Henneberg.

406. Rizzo, C., Pupillenstarre und Ganglion ciliare. Sperimentale, Archivio di Biologia normale e patologica **74**, 1920.

Anatomische Untersuchungen des Ganglion ciliare bei 9 Fällen mit normaler Pupillenreaktion, 8 Fällen von Paralyse, 1 Fall von Tabes mit reflektorischer Pupillenstarre, 2 von Paralyse mit absoluter Pupilenstarre, 1 von Paralyse mit kaum reagierenden Pupillen und ein Fall von Paralyse mit gut reagierenden Pupillen. In den Ganglien der Paralytiker und der Tabiker mit reflektorischer oder absoluter Pupillenstarre wurde keinerlei erwähnenswerte Zelldegeneration oder reaktive Erscheinung gefunden. Verf. konnte auch keine Degeneration in den Wurzeln des Ganglions und in den Nn. cil. brev. feststellen. Der Nervenplexus des Brückeschen Muskels, sowie die Nervenfasern der Iris und der Cornea waren normal. Konstant fand sich dagegen eine Lymph- und Plasmazellinfiltration in den Ciliarganglien der Paralytiker. F. Meggendorfer (Hamburg).

407. Förtig, Herm., Über die Untersuchung paralytischer Hirne mittels Frontalschnitten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **59**, 132.

Nach Bestimmung der Differenzzahl nach Reichardt wird das Gehirn in Formol aufgehängt, am 2. Tage in der Ohrachse in zwei Hälften geteilt, nach vollendeter Quellung mit dem Makrotom in Frontalschnitte zerlegt. Nach Photographie der einzelnen Schnitte (von hinten) erfolgt die Bestimmung ihrer Flächeninhalte mit dem Planimeter sowie die Planimetrierung



der Ventrikel. Ausführliche Auseinandersetzung der zu berücksichtigenden Fehlerquellen (Schädelasymmetrien u. a.). Unter aller gebotenen Reserve lassen die Befunde an den Frontalschnitten schließen, daß der Hydrocephalus bei der Paralyse zwar ein aktiver sein kann, vorwiegend aber ein passiver — ex vacuo — ist (hier reichlich gewagte teleologische Betrachtungen über die Bedeutung des Hydrocephalus, der die Aufrechterhaltung der Gestalt des Gehirns bei dessen Atrophie verbürgen soll), daß die linke — (als die mehr in Anspruch genommene) — Hemisphäre durchschnittlich stärker atrophiert als die rechte, die vorderen Abschnitte mehr als die hinteren, was nach Reichardt durch den Augenschein keineswegs genügend bewiesen schien. Alle Ergebnisse wurden in stetem Vergleich mit Gehirnen von Senilen und Katatonikern gewonnen. Fr. Wohlwill (Hamburg).

408. Kogerer, Heinrich, Akute Ammonshornveränderungen bei Tod im Status epilepticus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **59**, 116.

Bei einem seit längeren Jahren epileptischen und im Status verstorbenen Patienten fanden sich neben geringfügiger diffuser Ganglienzellerkrankung in der Ammonshornregion folgende Veränderungen 1. Die diffusen Veränderungen in erhöhtem Maß. 2. Einlagerung lipoider Kügelchen in die Ganglienzellen des Ammonshorns und der Fascia dentata; reichliche Fettkörnchenzellen, auch freie Fetttröpfchen; am stärksten ist dieser Prozeß im Subiculum. 3. Erweiterung, strotzende Füllung, Endothelverfettung an den Gefäßen der Molekularschichten des Ammonshorns und der Fascia dentata; an der Stelle, wo die Lamina medullaris involuta sich am tiefsten ins Ammonshorn einsenkt, sind die Capillaren stark vermehrt, zeigen z. T. kein Lumen, sind in eine hyaline Masse umgewandelt. Vielfach sind ihrer Wand große Schollen eingelagert, deren chemische Natur nicht näher bestimmt werden konnte (kein Fett, Kalk, Amyloid oder reines Hyalin). Fr. Wohlwill (Hamburg).

409. Pirilä, Über die frühluetische Erkrankung des Zentralnervensystems. Arbeiten aus dem pathologischen Institut der Universität Helsingfors. Neue Folge, **2**, 91. 1920. Verlag Gustav Fischer, Jena.

Der Verf. meint, daß im ersten Jahr nach der Infektion schon relativ oft eine luetische Erkrankung des Zentralnervensystems vorkommt. Sie äußert sich anatomisch in vorwiegend lymphocytären Infiltrationen der Gefäßwände und oft auch in Intimawucherung, welche bisweilen zur Verstopfung des Lumens und zu ischämischen Herden führt. Die Veränderungen betreffen die großen basalen Hirnarterien und deren Zweige und auch die kleinen Gefäße der Meningen. Mit der Gefäßerkrankung ist im allgemeinen eine meningitische Veränderung kombiniert (lymphocytäre Infiltration, geringe Bindegewebsproliferation); sie ist gewöhnlich an der Hirnbasis am stärksten ausgeprägt, findet sich aber auch in kleineren, mitunter nur mikroskopisch nachweisbaren Zonen an der Konvexität und am Kleinhirn. Schon früh kann man scharf umgrenzte gummöse Neubildungen in den Hirnhäuten beobachten. Spirochäten fand Pirilä in den Wandungen der erkrankten Gefäße, ferner in den weichen Häuten und in gummösen Verdickungen. Sie kommen nur stellenweise vor und sind meist nur spärlich, vielfach zeigen sie degenerative Veränderungen. Die



frühluetischen zentralen Erkrankungen können sich auch in solchen Fällen entwickeln, in denen die Behandlung sehr intensiv gewesen war und auch früh eingesetzt hatte. Äußere luetische Symptome und auch die Wassermannsche Reaktion können fehlen. Die Diagnose sei oft nur durch die Untersuchung des Liquor sicherzustellen. Sp.

● **410. Pfeifer, R. A., Das menschliche Gehirn.** III. Auflage. Wilhelm Engelmann, Leipzig. 123 S.

Das geschickt geschriebene Buch soll in gemeinverständlicher Form über die Ergebnisse der modernen Gehirnforschung orientieren und wendet sich an den Laien. Daß es einem Bedürfnis entgegenkam, zeigt die rasche Wiederholung seiner Auflagen. Sp.

411. Klarfeld, Zur Histopathologie der Encephalitis choreatica. Ostdeutscher Psychiatertag. Breslau 1920.

Im Frühjahr 1920 wurden in der Breslauer Psychiatrischen Klinik mehrere Fälle von Encephalitis mit choreatischen Bewegungserscheinungen — Encephalitis choreatica nach Dreyfuss — beobachtet. 4 davon kamen zur anatomischen Untersuchung, über deren Ergebnisse nunmehr berichtet wird. Zur Klinik wäre hervorzuheben, daß es sich in allen 4 Fällen um junge Individuen im Alter von 14, $15^1/_2$, 20 und 32 Jahren gehandelt hat. Dem Geschlecht nach waren es 3 Frauen, davon eine gravid, und 1 Mann. Die Krankheit dauerte einmal 10 Tage, einmal 3, zweimal 5 Wochen, verlief in allen Fällen mit Fieber, das nur einmal bis auf 40° stieg, in 3 Fällen sich zwischen 38° und 39° bewegte. Das symptomatische Bild war in allen Fällen fast gleich. Im Vordergrunde stand eine schwere choreatische Unruhe des ganzen Körpers, sowohl der Extremitäten wie der Gesichts- und Zungenmuskeln, und auch des Rumpfes. Die Unruhe hielt Tag und Nacht an, wurde nur durch Hyoscin und auch durch dieses nur unwesentlich beeinflußt. Die Kranken waren schlaflos, redselig, zeitweise verwirrt und delirant. Sehr labiles Herz. Trockene rissige Lippen, Hautabschürfungen und tiefe Geschwüre. Der Liquor ist bei 2 Kranken untersucht worden, in dem einen fanden sich 26 Lymphocyten, 3 Teilstr. Eiweiß nach Nissl, positiver Nonne; in dem anderen Fall, der auch anatomisch eine Sonderstellung einnimmt, war der Liquor normal. Der Exitus trat bei den 2 akuter verlaufenden Fällen apoplektiform ein, bei den 2 anderen nach längerer Agonie. Die Körpersektion wurde in 3 Fällen ausgeführt; es fand sich einmal eine ausgesprochene beiderseitige grippöse Bronchopneumonie, einmal einzelne bronchopneumonische Herde, einmal ein indifferenter Befund. Die Gehirnsektion wurde in allen 4 Fällen einige Stunden nach dem Tode ausgeführt. Der makroskopische Befund war wechselnd; einmal fand sich Hyperämie der weichen Häute, Ödem der Hirnsubstanz, flohstichartige Sprenkelung; im 2. Falle war ebenfalls Hyperämie der weichen Häute zu sehen, das Gehirn war auffallend schwer (1470 g), die Konsistenz etwas vermehrt. Vielleicht lag Hirnschwellung vor, doch wurde die Schädelkapazität nach Reichardt nicht bestimmt. Die beiden anderen Fälle wiesen keinen auffallenden Befund auf. Nach dem mikroskopischen Befund kann man die Fälle in 2 Gruppen einteilen: zu der einen Gruppe gehören 3 Fälle, zu der anderen 1 Fall. In der ersten Gruppe findet man eine echte



Entzündung, exsudativ-infiltrative Veränderungen, zusammen mit alterativen und proliferativen. Die Verteilung dieser Veränderungen ist in allen 3 Fällen verschieden. In dem einen Fall sind sie auf den Streifenkörper beschränkt, das Putamen ist hier besonders stark betroffen. Sonst fanden sich nur in der Brücke und in einzelnen Segmenten des unteren Dorsal- und Lumbalmarks einige kleine infiltrierte Gefäße, sowie vereinzelte gliöse Herde. Im zweiten Fall waren die Basalganglien frei, die entzündlichen Veränderungen treten zuerst im Zwischenhirn bzw. im Grenzgebiet zwischen Zwischenhirn und Mittelhirn (Metathalamus) auf. Wir finden sie in der Höhe, wo das Corpus subthalamicum gerade verschwindet, der rote Kern schon gut zu sehen ist. Sie sind hier hauptsächlich in der Substantia nigra lokalisiert und außerdem, wenn auch in geringerem Grade im zentralen Höhlengrau des caudalen Abschnittes des 3. Ventrikels, im Bereiche der Pars mamillaris hypothalami. In der Brücke, der Oblongata und im Cervicalmark finden sich überall entzündliche Erscheinungen, bald mehr, bald weniger ausgebreitet. Im 3. Fall endlich findet man entzündliche Veränderungen erst in der Brücke, und zwar beiderseits auf den Locus coeruleus beschränkt; außerdem in der Oblongata, gegen das Rückenmark zu abnehmend. Lokalisatorisch verhalten sich also die 3 Fälle der ersten Gruppe verschieden. Histologisch dagegen erscheinen sie durchaus gleichartig. In allen 3 Fällen ist das Verhältnis der 3 Komponenten der Entzündung zueinander annähernd gleich. Wenn auch die infiltrativ-exsudative Komponente gut entwickelt ist, so stehen dennoch im Vordergrunde die Vorgänge am ektodermalen Gewebe. Die Gefäße sind an den veränderten Stellen weit, blutgefüllt, die Gefäßwandzellen weisen hier und da leichte regressive Veränderungen auf, enthalten auch öfters kleine Körnchen dunkelgrünen Pigments. Kleine perivasculäre Blutungen kommen vor, erlangen aber nirgends eine größere Ausdehnung. In den Lymphscheiden der größeren Gefäße wie auch der Capillaren findet man mehr oder weniger dichtgestellte lymphocytäre Elemente, zumeist Lymphocyten und Plasmazellen, aber auch andere Fortentwicklungsstufen von Lymphocyten. Die Infiltrate sind fast überall streng auf die Gefäßscheiden beschränkt was nicht in allen Fällen der epidemischen Encephalitis die Regel ist. Eine Gefäßvermehrung konnte nirgends festgestellt werden. Interessanter gestalten sich die Vorgänge am ektodermalen Gewebe. Der Vortr. geht nun näher auf die Veränderungen der Pigmentzellen der Substantia nigra und ferruginea ein, die er an Diapositiven erläutert. Weiter bespricht er die Veränderungen hyperplastischer und hypertrophischer Natur am gliösen Apparat, die Abräumtätigkeit, die neuronophagischen und pseudoneuronophagischen Bilder. Besonders schön konnten Erscheinungen von „Umklammerung“ im Sinne Spielmeyers studiert werden. Sowohl die echte wie die Pseudoneuronophagie dürfte so zustande kommen, daß beim Zerfall der Nervenzellen irgendwelche Substanzen entstehen, die positiv-chemotaktisch auf Gliaelemente einwirken. Vielleicht spielt hier auch das Tempo des Zerfalls eine Rolle. Denn während in den relativ mild verlaufenden Fällen die Umklammerung sehr oft zu sehen ist, konnte sie in einem sehr destruktiv verlaufenden Fall von Encephalitis an denselben Pigmentzellen



nicht gefunden werden. Einen genaueren Bericht über die histologischen Einzelheiten wird eine ausführliche Mitteilung in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie enthalten. Außerhalb der entzündlich veränderten Stellen fand man in diffuser Weise besonders im Großhirn, in der Pia weite Gefäße, flächenhafte Extravasate, grünliche Abbauprodukte. Im Parenchym ebenfalls weite hyperämische Gefäße, kleine Blutungen besonders im Höhlengrau, grünliche Abbauprodukte in den adventitiellen Räumen, vereinzelt einen Leukocytenthrombus. Die Zellen der Rinde waren verschiedentlich erkrankt, jedoch nur einzelweise, wiesen keinen einheitlichen Erkrankungstypus auf. An Markscheidenpräparaten waren keine Ausfälle nachzuweisen. — Der einzige Fall der 2. Gruppe unterschied sich klinisch von den anderen Fällen durch nichts, vielleicht nur durch besondere Schwere der Erscheinungen. Mikroskopisch aber fanden sich nirgends entzündliche Erscheinungen. Nur im Schwanzkern fand man um einige Gefäße herum kleine pyknotische Kerne, manchmal mit einem Saum von rötlichem Plasma, die vielleicht Reste von regressiv veränderten lympho- und plasmacytären Infiltraten darstellen. Auch einige Mastzellen waren zu sehen. Aber nirgends Spuren von herdartigen Prozessen am Ektoderm, Dagegen fand sich eine schwere Erkrankung der Zellen des Ammonshorns. die rechts stärker ausgeprägt war. Die meisten Pyramidenzellen des Ammonshorns sind erkrankt, wobei die Intensität und der Charakter der Erkrankung streckenweise wechselt. Der Vortr. erläutert nun an Diapositiven die Zellveränderung, die im großen ganzen der „schweren Zellerkrankung" Nissls entspricht. Der Fascia dentata zu sind die Zellen besser erhalten, dagegen weist das Plasma hier einen ganz charakteristischen Zerfall zu kleinen, dunklen, basisch färbbaren Körnern auf, die den Leib wie den Spitzenfortsatz füllen. Es handelt sich hier um eine Erkrankung der Ammonshornzellen, wie sie Ranke in einem Fall von Katatonie beschrieben hat. Auch die Zellen des Stratum granulosum der Fascia dentata wiesen eine ähnliche Erkrankung auf. Im Ammonshorn sind typische amöboide Gliazellen zu finden, in der Fascia dentata nur regressiv veränderte Elemente, nicht aber amöboide Zellen. Außer dem Ammonshorn fand sich in diesem Falle im Schwanzkern, weniger im Linsenkern eine Zellveränderung, die ebenfalls der schweren Zellerkrankung Nissls entsprechen dürfte. Auch in der agranulären Frontalrinde fand man Bezirke, wo die meisten Zellen der zweiten und dritten Schicht das Bild der schweren oder chronischen Zellerkrankung aufwiesen. In der Pia sah man weite Gefäße und flächenhafte Extravasate. — Wie ist nun dieser Fall zu deuten? Außer den fraglichen Spuren regressiv veränderter Infiltrate im Schwanzkern haben wir keinerlei Veränderungen entzündlichen Charakters gefunden. Die diffuse Erkrankung des Ammonshorns, des Streifenkörpers und der agranulären Frontalrinde ist rein degenerativen, vielleicht toxisch-degenerativen Charakters. Histologisch liegt hier gar keine Encephalitis vor. Dagegen unterliegt es keinem Zweifel, daß klinisch und epidemiologisch dieser Fall und die 3 anderen echten Encephalitiden zusammengehören. Vielleicht handelt es sich hier um graduelle Unterschiede in der Intensität des Prozesses. Eine gewisse Stütze erhält diese Anschauung in der Tatsache, daß auch in den 3 Fällen



der ersten Gruppe eine an Scharlachpräparaten nachweisbare Erkrankung der Zellen des Ammonshorns von nicht entzündlichem Charakter zu finden war. Es wäre möglich, daß die auch in den 3 ersten Fällen vorhandene toxische Komponente des Prozesses in dem 4. Fall ganz in den Vordergrund getreten ist, während die lokal entzündliche Komponente fast gar nicht zum Vorschein gekommen ist. — Der Vortr. erörtert nun die Frage, ob die choreatische Form der epidemischen Encephalitis auch histopathologisch charakterisiert ist, bzw. ob aus dem histopathologischen Bilde die Diagnose auf Encephalitis choreatica gestellt werden kann. Die Vermutung, daß aus der Lokalisation des Prozesses bindende Schlüsse gezogen werden könnten, hat sich nicht bestätigt. Gewiß ließe sich nachweisen, daß in jedem einzelnen Falle die Kleistsche cerebello-rubro-thalamo-striäre Bahn an irgendeinem Punkt ihres Verlaufes betroffen sei. Da aber in anderen Fällen von Encephalitis dieselbe Lokalisation gefunden wird, ohne daß choreatische Bewegungserscheinungen beobachtet worden wären, kann die Diagnose auf die Lokalisation allein nicht gestützt werden. Die histologische Eigenart des Prozesses erwies sich ebensowenig für die Differentialdiagnose verwendbar, da sie mit dem Charakter des Prozesses in den anderen Formen der epidemischen Encephalitis weitgehend übereinstimmt. Beachtenswert ist nur der Umstand, daß in allen Fällen der choreatischen Encephalitis die entzündlichen Erscheinungen relativ wenig intensiv und räumlich beschränkt waren. Doch erlaubt die geringe Zahl der untersuchten Fälle nicht ein zufälliges Zusammentreffen auszuschließen. Wenn es auch also unmöglich gewesen ist, an der Hand unserer Fälle zu einem abschließenden Urteil über die Histopathologie der Encephalitis choreatica zu kommen, so scheinen dennoch unsere Befunde dafür zu sprechen, daß es eine scharfe Grenze zwischen der choreatischen und den anderen Formen der Encephalitis epidemica, besonders der lethargischen nicht gibt und die Erscheinungsform der Erkrankung im Einzelfalle vielleicht von der größeren oder geringeren Intensität des Krankheitsprozesses, wahrscheinlich im Zusammenhalt mit der Lokalisation bestimmt wird. Eigenbericht.

II. Normale und pathologische Physiologie.

● **412. Goldscheider, A., Das Schmerzproblem.** Berlin 1920, Julius Springer. 91 S. Preis M. 10,—.

In dieser Schrift stellt Goldscheider alle von ihm früher und neuerlich vorgebrachten Beweise zusammen, die er gegenüber besonders v. Frey gegen die Existenz besonderer Schmerznerven anzuführen hat. An den meisten Schmerzpunkten entsteht bei sehr vorsichtiger Reizung ein sehr schwaches mattes Berührungsgefühl. Die Entstehung von Schmerz bei Reizung außerhalb der Schmerzpunkte erklärt v. Frey durch Mitreizung von Schmerzpunkten infolge Deformation der Haut. Aber bei Reizung eines kleinen durch Novocain anästhesierten Hautbezirks gelingt es nicht, in dem benachbarten Bezirk mit erhaltener Empfindlichkeit eine Empfindung hervorzurufen. Sehr großes Gewicht legt Goldscheider auf die Tatsache der Latenz der Schmerzempfindung, die v. Frey auf eine geringere Beweglichkeit der Schmerznerven in ihren physiologischen



Äußerungen zurückführt, während Goldscheider sie auf die „sekundäre“ oder „zweitphasige“ Empfindung bezieht, der stets eine primäre Berührungs- oder Schmerzempfindung vorausgeht. Goldscheider zeigt nun, daß diese sekundäre Empfindung, die er durch Summation erklärt, allen sensiblen Hautpunkten zukommt und daß ihre Qualität von der Stärke der Reizung abhängt. Durch Anwendung sehr feiner Borsten kann man eine zweitphasische unterschmerzliche Empfindung auch an Punkten erzielen, welche sonst schmerzhaft reagieren und umgekehrt. Der zweitphasischen Schmerzempfindung geht auch an den Schmerzpunkten eine unterschmerzliche Berührungsempfindung voraus. Wenn man längere Zeit einen starken Druck ausübt, so lassen die vorher fixierten Schmerzpunkte keine Schmerzempfindung mehr erkennen. Gäbe es aber spezifische Schmerznerven, so könnte eine Veränderung der Reizschwelle sich nur so äußern, daß entweder die zur Hervorrufung des Schmerzes erforderlichen Reizschwellen eine Veränderung aufweisen, oder daß die durch hinreichende Reize ausgelösten Empfindungen eine Veränderung ihrer Intensität zeigen; stets aber müßten die wachgerufenen Empfindungen Schmerzqualität haben. Auch die Angabe, daß die Druckpunkte analgetisch sind, läßt sich widerlegen und eine Mitreizung benachbarter Schmerzpunkte und -fasern u. a. durch die eigenartige (quetschende) Qualität des bei ihrer Reizung entstehenden Schmerzes ausschließen. Des weiteren sucht Verf. die Angaben zu widerlegen, daß gewisse Körperteile, wie Cornea, Zähne, Knochen und Periost sowie Glans penis nur schmerzempfindliche Nerven aufweisen. Dasselbe gilt für die viscerale Sensibilität. Insbesondere lassen sich die Verhältnisse der Headschen hyperalgetischen Zonen, welche u. a. eine reflektierte Hyperalgesie der Bedeckungen aufweisen können, während die visceralen Empfindungen unterschmerzlich sind, nicht verstehen, wenn man annimmt, daß die den Reflex bedingenden Erregungen in spezifischen Schmerznerven verlaufen. — Bezüglich der Leitungsbahnen stellt Verf. sich vor, daß die Bahn durch die graue Substanz die „Summationsbahn“ sei. Da als zweitphasischen Empfindungen auch unterschmerzliche beobachtet werden, so handelt es sich nicht nur um Schmerzreize, welche durch die Summationsbahn geleitet werden. Es geht also jeder taktile Reiz zum Gehirn sowohl durch die lange Hinterstrangbahn als auch durch die graue Substanz. Aber nur in den Nervenzellen der letzteren sind Bedingungen für Summierung der Reizstöße gegeben, welche akkumulierend wirkt. Die schmerzhaften Erregungen beruhen größtenteils auf solcher Summierung; aber vermutlich durchbrechen stärkere Reize die Bahnen der grauen Substanz auch schneller, „während in den langen Hinterstrangsbahnen die Bedingungen für die Fortpflanzung starker schmerzhafter Reize zu fehlen scheinen“. — Auch die Anpassungserscheinungen, bei denen längere Zeit fortgesetzte schmerzhafte Empfindungen durch Gewöhnung ihren Schmerzcharakter einbüßen, sprechen gegen die Existenz besonderer Schmerznerven, ebenso die Erfahrungen bei rheumatischen und ähnlichen Affektionen, bei denen unterschmerzliche unangenehme Empfindungen kontinuierlich in Schmerz übergehen. —



Nach alledem faßt Verf. den Schmerz als eine besondere Qualität der Empfindung, aber innerhalb des mechanischen Sinns, der taktilen Empfindungen auf, und zwar ist die Schmerzempfindung nicht nur der einfache Ausdruck einer Erregung durch einen peripheren Reiz, sondern setzt einen gegen den physiologischen Zustand gesteigerten Tonus der sensiblen Zelle voraus. Von allen taktilen Empfindungen erreicht die punktförmige, die Stichempfindung, am schnellsten die Schmerzschwelle, was teleologisch leicht zu verstehen ist, da solche Reize am leichtesten geeignet sind, Verletzungen herbeizuführen. — Die Ausführungen Goldscheiders sind nicht überall überzeugend. An vielen Stellen sind die Gründe der Gegner überlegen. Als ein erheblicher Mangel erscheint die — selbstredend völlig bewußte und absichtliche — Ausschaltung der psychologischen, ja mit unbedeutenden Ausnahmen — der cerebralen Seite des „Schmerzproblems". So dürften — um nur eins herauszugreifen — die Gewöhnungserscheinungen als rein zentrale Vorgänge ungeeignet sein, für oder wider die Existenz peripherer Schmerznerven zu entscheiden. Ein recht schwacher Punkt im Goldscheiderschen Theoriengebäude ist auch seine Darstellung der spinalen Leitungsbahnen. Er ist, wie oben referiert, gezwungen, anzunehmen, daß in den langen Hinterstrangsbahnen die Bedingungen für die Fortpflanzung starker schmerzhafter Reize fehlen, eine Annahme, die doch nur schwer in Einklang zu bringen ist mit dem Standpunkt, daß der Schmerz nur eine besondere Qualität des mechanischen Sinns darstellt. — Jedenfalls aber ist es sehr wertvoll, in dieser Schrift alles das zusammengefaßt zu finden, was Goldscheider in zum Teil sehr interessanter Beweisführung gegen die heute wohl sonst ziemlich allgemein akzeptierte Lehre von den Schmerznerven einzuwenden hat.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

413. Arnoldi, Walter, und Erich Leschke, Die sessilen Receptoren bei der Anaphylaxie und die Rolle des autonomen Nervensystems beim anaphylaktischen Symptomenkomplex. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 1018.

Verff. versuchen das „Symptomenbild der anaphylaktischen Vergiftung in seinen wesentlichen Erscheinungsformen durch die erregende Wirkung des anaphylaktischen Giftes auf die Endigungen des parasympathischen Nervensystems in der glatten Muskulatur" einheitlich zu erklären.

Eugen Kahn (München).

414. Kop, W. A., Der Vitamingehalt der Kartoffeln. Geneesk. Tijdschr. v. Ned.-Indië **60**, H. 1.

Experimentelle Versuche mit 14 Tauben und 18 Hühnern. Bei diesen Tieren entstand keine Polyneuritis bei ausschließlicher Fütterung mit geschälten gekochten Kartoffeln. Die Kartoffel soll also Vitamine enthalten, ist deshalb auch von Nutzen bei der Prophylaxe der Beriberi.

van der Torren (Castricum).

415. Dusser de Barenne, J. G., 50 Jahre Arbeit über das Lokalisationsprinzip in der Hirnrinde. Ned. Maandschr. v. Geneesk. **9**, 225. 1920.



416. Klessens, J. J. H. M., Über die Weise, in welcher die Fasern der Schmerz- und Temperaturwahrnehmung den Seitenstrang der gekreuzten Seite des Rückenmarks erreichen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 182. 1920.

Aus theoretischen Betrachtungen und klinischen Fällen schließt Verf., daß die genannten Fasern nicht direkt oder indirekt quer, sondern schräg im Verlauf von einigen Segmenten kreuzen. van der Torren (Castricum).

● **417. Ries, Julius, Die rhythmische Hirnbewegung.** Bern 1920. Max Drechsel.

Ries stellt sich die Aufgabe, die funktionelle Bedeutung der Hirnhäute und -furchen für die Zirkulation des Liquor und die Ernährung des gesamten Nervensystems zu erörtern, ausgehend von der Überzeugung, daß für das psychische Leben nicht allein die Morphologie der Rinde, sondern ihre Beeinflussung durch die Bestandteile des Liquors und die Sekretionsprodukte der endokrinen Drüsen bestimmend sei. Er gibt eine Übersicht der anatomischen und mechanischen Verhältnisse der Meningen, der Hirngefäße und bespricht die Funktion der Plexus als Filtrations- und Schutzapparate. Die Windungen und Furchen erfüllen wie ein Bewässerungssystem die Funktion, den Liquor in innige Berührung mit der grauen Substanz zu bringen. Bei der Durchspülung kommt der rhythmischen Hirnbewegung eine besondere Bedeutung zu, wobei die Windungen auch eine Rolle als Schutz gegen übermäßige Dehnungen und Kompressionen spielen sollen. Ries bespricht dann die Bedeutung der endokrinen Drüsen für die Bedeutung des Nervensystems, ohne wesentlich Neues zu bringen. Eingehend werden Kottmanns Sorcyme behandelt, und die Meinung ausgesprochen, daß durch die Sorcymreaktion gewisse Unterschiede der Beschaffenheit physiologischer und pathologischer Blutsera nachgewiesen und erforscht werden können. Das Buch enthält neben mancherlei Interessantem und Anregendem recht viel unbewiesene und etwas phantastische Behauptungen, es muß jedenfalls mit großer Kritik gelesen werden.

K. Goldstein (Frankfurt a. M.).

418. Billigheimer, E., Über den Antagonismus zwischen Pilocarpin und Adrenalin. Beitrag zur Innervation der Schweißdrüsen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. **88**, 172. 1920.

Bei der Injektion von 1 proz. Lösungen von Adrenalin wird der Schweißausbruch nach 1% Pilocarpin zurückgehalten (2—20 Minuten). Die Wirkung ist nicht durch eine verzögerte Resorption des Pilocarpins infolge der Gefäßkontraktion zu erklären, sondern durch hemmende Einwirkung des Adrenalins auf sekretorische Fasern der Schweißdrüsen. Die Pupillenverengerung nach Injektion von Morphin und Pilocarpin wird durch Adrenalin nicht behindert. A. Weil.

419. Freund, H., Wärmeregulation und Eiweißumsatz. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. **88**, 216. 1920.

Nach Durchschneidung des Halsmarks von Kaninchen oberhalb des Dorsalmarks verlieren die Tiere das Wärmeregulierungsvermögen; zugleich steigt die Stickstoffausfuhr im Harn bis um 400% des Normalwertes an.

Auch nach toxischer Ausschaltung des Wärmezentrums durch Morphin ist der N-Gehalt um 40% vermehrt, ein Beweis für den engen Zusammenhang zwischen Eiweiß und Wärmezentrum. A. Weil.

III. Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

420. Hellpach (Karlsruhe), **Der nervöse Zusammenbruch.** Vortrag a. d. südwestd. Psychiater-Versammlung zu Karlsruhe, November 1920.

Hellpach erläutert den von ihm in Fortbildung der Theorie der reaktiven Abnormität aufgestellten Begriff der „prozessiven Abnormität" (richtiger Prozessivierung der reaktiven Abnormität; vgl. seine Untersuchung in der Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. H. 2, S. 95—122. 1918). Das durchsichtigste Beispiel für eine solche Prozessivierung ist jenes Stadium der nervösen Erschöpfung oder Neurasthenie, das als „nervöser Zusammenbruch", im Volksmunde wohl auch als „Nervenschlag" bezeichnet wird. Die vollkommene Bildveränderung dabei, das Ergriffenwerden bislang verschont gebliebener Organe und Organsysteme, die Langwierigkeit der Genesung, das Versagen reaktiver Kurmittel, die souveräne Bedeutung der Überernährungskur — aus alledem muß geschlossen werden, daß nunmehr ein neues „System" des Organismus von der Erkrankung erfaßt worden ist, dessen Schädigungen nicht so leicht zu reparieren sind. Analogien finden sich auch im Laufe hysterischer und phobistischer, überhaupt aller psychopathischen Erkrankungen, die reaktiv beginnen und beim achtlosen Gehenlassen prozessiv werden können. Unter Zuhilfenahme dieser nervenärztlichen Erfahrungen auf der einen, arbeitswissenschaftlicher Tatsachen auf der anderen Seite entwickelt nun Hellpach eine Theorie der vier Funktionalsysteme des Organismus: 1. Verrichtungssystem (exekutives), 2. Betriebssystem (nutritives), 3. Bausystem (konstitutives), 4. Erbsystem (generatives). Alle vier greifen in der Gesamtfunktion des Organismus ineinander, trotzdem hat jedes seine funktionelle Aufgabe für sich, und an bestimmten Stellen zeigt sich uns eine mehr oder weniger strenge Absonderung der Aufgaben. So gehört die Arbeitstatsache der Ermüdung ganz dem nutritiven System an (Stoffverbrauch plus Toxinbildung dabei), dagegen die Übung, die über die raschen Ermüdungsausgleiche hin bestehen bleibt, ist offensichtlich im konstitutiven System verankert, dem sie den wichtigen Prozeß der Anpassung durch Lernen sichert. Hellpach geht hier kurz auf die vermutlich katalytische Grundlage der Übungsvorgänge ein, wie sie durch Ostwalds (für den Unterricht nicht genug zu empfehlenden) instruktiven Versuch der am Kupfer sich übenden Salpetersäure nahegelegt wird. Daß Störungen des Systems 1 die Aufgaben des Systems 4 nicht zu stören vermögen, ist heute sichergestellt (Nichterblichkeit von Verstümmelungen!), aber wie die Systeme 2 und 3 zu 4 stehen, ist noch an entscheidenden Punkten dunkel: wir wissen nicht, ob einfache Ermüdung, selbst akute Erschöpfung das Erbsystem berührt im Sinne einer erblichen Fixierung der Ermüdung, und wir wissen noch immer nicht, wieweit erworbene Übung vererbt wird (Problem der Vererbung erworbener „Eigenschaften"). Auch wieweit Störung im System 1 auf das System 3 störend wirkt, ist problematisch

(Beispiel des ohne Arme geborenen Raffaels). Der Vortr. führt die problematische Beziehung der vier Systeme noch an einer ganzen Reihe anderer Einzeltatsachen aus. Die Systeme 1 und 2 bilden zusammen auch die reaktive Gesamtfunktion, die Systeme 3 und 4 die regulative Gesamtfunktion der organischen Individualität; man kann die vier Systeme auch nacheinander als das der Leistungen, der Kräfte, der Eigenschaften und der Anlagen charakterisieren. Der „nervöse Zusammenbruch“ und die Prozessivierung der reaktiven Abnormität überhaupt muß als Übertritt der Erschöpfung (oder entsprechender Störungsprozesse) aus dem nutritiven ins konstitutive System verstanden werden. Daher die Unfähigkeit zu reaktivem Ausgleich, die Beeinträchtigung der Lernfunktionen, der Verlust der Elastizität, das Versagen der sog. Energiereserven. Anstatt Erschöpfung besteht nunmehr Zerrüttung, anstatt angebaut, wie im System 2, muß nunmehr aufgebaut werden — ein viel langwierigerer, konstitutiver Prozeß. Er ist in seinem Wesen und in seiner Dauer vergleichbar jenen Krisen der Lebensaltersentwicklung, über die Hellpach in der letzten Karlsruher Versammlung vor dem Weltkriege („Altern und Kränkeln“) gesprochen hat; auch sie wälzen das konstitutive Dasein um und gestalten es neu, dauern daher oft bis zu 2 Jahren und noch mehr, fast nie unter einem halben; ähnliches wird man für die Therapie der nervösen Zusammenbrüche aussagen dürfen. Die Kombination von Unterernährung (nebst physischer Kriegsstrapaze überhaupt), seelischem Kriegserlebnis und neurotroper Wirkung der Grippe haben die Zahl der prozessiven Wendungen reaktiver Neurasthenien in den verflossenen beiden Jahren außerordentlich vermehrt. Hellpach empfiehlt als klare Terminologie die Unterscheidung folgender Stadien der nervösen Überbeanspruchung: Nervosität (nervöse Überreizung); Neurasthenie (nervöse Erschöpfung); Neuroplexie (nervöse Zerrüttung, nervöser Zusammenbruch); Neuropathie (nervöse Belastung). Er legt dar, wie hier die Schädigung der Reihe nach die vier Funktionssysteme durchlaufe, nur bei der nervösen Überreizung läßt er es dahingestellt, ob nicht ihr Sitz auch schon im 2. System gesucht werden müsse. Hellpach macht zum Schluß nochmals auf die große praktische Wichtigkeit des richtigen theoretischen Verständnisses dieser Dinge aufmerksam, die sich in Prognose und Therapie, auch bis in die gutachtliche und bescheinigende Verantwortlichkeit des Arztes hineinerstrecke. Eigenbericht durch Hauptmann.

421. Bumke, Denkpsychologie und Psychiatrie. Ostdeutscher Psychiatertag. Breslau 1920.

Die Hoffnungen, die die Psychiatrie auf die experimentelle Psychologie gesetzt hat, haben sich nicht erfüllt. Zugleich ist aber auch die Herrschaft der Assoziationspsychologie ins Wanken geraten. Nicht nur ihre anatomischen Beziehungen, die sie in dem Bewußtsein der meisten Fachgenossen auch heute noch ziemlich fest verankert halten, sondern auch ihr rein psychologischer Inhalt ist zweifelhaft, zum guten Teil geradezu widerlegt worden. Schon vor mehr als 20 Jahren hatte v. Kries eine sehr einleuchtende Kritik an dieser Art Psychologie geübt. Inzwischen haben die Arbeiten von Messer, Bühler, Ach, Külpe u. a. gezeigt, daß es unmöglich ist,



alles Denken auf das Spiel von Gleichzeitigkeits- und Ähnlichkeitsassoziationen, auf die Wirkung von Konstellationen und die Herrschaft von Zielvorstellungen zurückzuführen. Dabei hat sich als ein wesentliches Ergebnis dieser modernen Denkpsychologie zugleich das ergeben, daß wir neben dem anschaulichen Teil unseres Denkens, der sich in der Form von Erinnerungsbildern (Vorstellungen) und von sprachlich formulierten Gedanken abspielt, noch einen unanschaulichen, weder von sonstigen Erinnerungsbildern noch vom Wort getragenen Teil anerkennen müssen. So werden die verbindenden Beziehungen zwischen den einzelnen Vorstellungen, die sie doch erst zu einem geordneten Gedanken zusammenfassen, zumeist nicht in Worte gekleidet; ebensowenig entspricht den komplexen seelischen Erlebnissen, die Marbe „Bewußtseinslagen" nennt, irgend etwas Sprachliches; und schließlich wird bei zahlreichen, gefühlsbetonten Gedanken — genannt seien kritische Gedanken gegen die Eltern oder gegen die Religion etwa, erotische Wünsche u. dgl. — die Klarheit des gedachten Wortes sehr häufig instinktiv vermieden. — Es ist klar, daß diese Ergebnisse für die Psychiatrie nicht ohne Wirkung bleiben können. Zunächst hat hier die Kritik des Assoziationsexperimentes einsetzen müssen, das, von anderen Fehlern abgesehen, nur mit sprachlich formulierten Gedanken rechnete. Schon deshalb können wir aus dem Verhalten eines Menschen, der im Experiment sprechen muß, auf sein sonstiges Denken so gut wie gar nicht zurückschließen. Zugleich hat sich dabei ein Verständnis der sog. inneren „Ideenflucht" (Schroeder) ergeben, das uns bis dahin verschlossen war. Auch die Angaben mancher Zwangsvorstellungskranken erscheinen heute, wo wir an sprachlich nicht formulierte Gedanken glauben, in einem ganz neuen Licht, und erst recht gilt das für die Entstehung zahlreicher Wahnideen. Der „Benachteiligungs- und Beziehungswahn" wird ebenso wie das Bewußtsein der eigenen Minderwertigkeit im Beginn der Melancholie sehr häufig nicht in Worte gekleidet, und nur deshalb erscheint eine konkrete Wahnidee, die schließlich aus dieser psychischen Gesamtverfassung in sprachlicher Form herauskrystallisiert, als unvorbereitet und autochthon, während sie in Wirklichkeit nur eine längst vorhandene Grundüberzeugung illustriert. Endlich aber erlauben uns die Ergebnisse der Denkpsychologie eine meines Erachtens sehr fruchtbringende Neueinstellung der Lehre vom Unbewußten und der Freudschen Psychoanalyse gegenüber. Zunächst werden durch die Erkenntnis, daß Gedanken auch ohne sprachliche Formulierung ins Bewußtsein treten können, wieder einige Schranken niedergerissen, die sog. psychische „Elemente", hier nämlich Gedanken und Gefühle, scharf trennen sollten. Eine solche Trennung ist prinzipiell unmöglich. Damit hängt eng zusammen, daß das, was Freud unbewußt nennt, im wesentlichen mit der Gefühlspsychologie anderer Autoren zusammenfällt. Alle die Mechanismen, die Freud und seine Schule aufgedeckt haben, spielen sich (soweit sie überhaupt anerkannt werden können) nicht im Unbewußten, sondern höchstens an der Peripherie oder noch besser in der Tiefe des Bewußtseins ab, d. h. Gesunde und Kranke kennen diese Mechanismen sehr wohl, nur wollen sie sie nicht kennen; sie sprechen nicht davon und, wenn sie irgend können, vermeiden sie auch im Umgang mit



sich selbst die sprachliche Fassung. Das gilt nicht bloß für erotische, sondern auch für zahlreiche andere Erlebnisse, bei denen an Stelle der wirklichen, unerlaubten oder peinlichen, andere nach innen und außen vertretbare Motive gesetzt werden. Genannt seien Eitelkeit, Eifersucht, Mißgunst, Neid, Geiz, Liebe, Haß u. dgl. Auf diese Weise wird insbesondere auch die Verdrängung vorbereitet, ebenso wie es verständlich wird, daß „verdrängte" Gedanken schließlich doch bei irgendeinem Anlaß auf das übrige Bewußtsein wirken können. — Alles das sind nur einzelne Ausblicke in ein sehr weites Gebiet, das nach Ansicht des Vortragenden neu angebaut werden sollte. (Selbstbericht.)

Aussprache: Sachs gibt seiner Freude Ausdruck, daß Anschauungen, die er schon vor 15 Jahren geäußert habe, jetzt durchgedrungen seien.

Bumke: Entweder habe ich Sachs oder Sachs hat mich mißverstanden. Wenn Sachs nämlich meint, daß das, was nicht sprachlich formuliert auftritt, überhaupt nicht im Bewußtsein erlebt wird, sondern sich im Unbewußten abspielt, so ist das weder die Meinung der Denkpsychologen noch die meine.

Neisser: Das Mißverständnis von Sachs ist wohl nur aus der notgedrungenen Abkürzung des Vortrags zu erklären. Es konnte fast so klingen, als hätte man bisher nur ein sprachlich formuliertes Denken anerkannt, während doch Gehirnpathologen und Psychiater redlich daran mitgewirkt haben, die Identitätslehre und die Auffassung von einem Parallelismus von Sprechen und Denken zu zerstören. Zweifellos ist es aber durch den Ausbau der Aphasielehre einerseits und die Assoziationspsychologie andererseits mitverschuldet worden, daß das anschauliche Denken und der formale Zusammenhang und Ablauf der Erscheinungen zu einseitig in den Vordergrund gedrückt wurde. Inwieweit demgegenüber, insbesondere auch gegenüber den früheren Darlegungen von Sachs, deren Scharfsinnigkeit niemand verkennen wird, die Denkpsychologie einen Gegensatz und einen Fortschritt bedeutet, das hat Pick in seinem Werk über die agrammatischen Sprachstörungen mit geradezu klassischer Gründlichkeit vor Augen gerückt. Wenn neuerdings die Introspektion wieder mehr zu ihrem Recht kommt und die psychologische Analyse vom Erlebnis ihren Ausgangspunkt nimmt, so ist dies eine Einstellung, die wir bekanntlich auch auf allen Kunstgebieten verfolgen können. Übrigens haben die großen Seelenschilderer unter den Dichtern und Schriftstellern es nie verkannt, daß die komplexen Bewußtseinslagen einer unmittelbaren Veranschaulichung widerstreben und sie haben stets nur auf Umwegen eine Einführung zu erreichen gesucht. Hoffentlich werde es gelingen, die von dem Vortr. angedeuteten Gedanken klinisch fruchtbar zu machen. Daneben aber dürfte die von Wernicke und seinen Schülern verfolgte Methode, den anschaulichen Teil unseres Denkens zu erforschen und von den Grenzgebieten der Hirnpathologie aus zur Erkenntnis psychischer Elementarstörungen vorzudringen, noch keineswegs ausgeschöpft sein. Redner wolle nur an die Motilitätspsychosen erinnern, deren psychologische Erschließung noch aussteht.

422. Stuchlík, Über die praktische Anwendung des Assoziationsexperimentes (Eine Programmstudie.) Arch. f. Psych. **62**, 442. 1920.

Verf. erörtert ziemlich eingehend Wesen und Ziele des Assoziationsexperimentes. Reaktionszeit und Inhalt der Assoziationen läßt die komplexierten Vorstellungen erkennen. Ein bewußtes Streben des Untersuchten ist fast völlig ausgeschlossen, durch richtige Wahl der Reizworte läßt sich erzielen, daß die Versuchsperson den Komplex und ihre Stellungnahme erkennen läßt, ohne durch den Untersucher beeinflußt zu sein, der Untersuchte selbst ist durch das Ergebnis der Methode überrascht. Verf. teilt 11 Versuche mit, es handelt sich um Fälle von Simulation, Übertreibung usw. bei Soldaten. In allen Fällen führte das Assoziationsexperiment zur



Klärung des Falles. Die psychische Genese einer Tat bzw. Erscheinung ließ sich auf psychologischem Wege sicher erweisen. Henneberg.

423. Heuck, Raynaudsche Krankheit und periodische Melancholie. (Mit pharmakologischen Prüfungen.) Arch. f. Psych. **62**, 408. 1920.

Verf. bespricht auf Grund der Literatur das Vorkommen der Raynaudschen Krankheit bei Psychosen und Neurosen. Ausführlich wird eine eigene Beobachtung mitgeteilt, die einen 36 jährigen Soldaten betrifft. Das Krankheitsbild setzte sich aus folgenden Komponenten zusammen, allgemeine nervöse Symptome, Depressionszustände, Krampfanfälle (Hysterie), vasomotorisch-sensible Störungen, Störungen der inneren Sekretion. Die depressiven Phasen deutet Verf. als periodische Melancholie. Das Eintreten von vasomotorischen Störungen unabhängig von psychischen Faktoren, ihre Auslösbarkeit durch Pilocarpin spricht gegen hysterischen Pseudo-Raynaud. Endogene Toxine sind als gemeinsame Ursachen der periodischen Melancholie und der Raynaudschen Krankheit anzunehmen. Adrenalin 0,00075 blieb ohne Wirkung, Atropin 0,001 bedingte lediglich geringe Pulsverlangsamung und Mydriasis, Pilocarpin 0,0075 alle physiologisch-pharmakologischen Erscheinungen. Erhöhter Vagustonus kann angenommen werden. Henneberg.

● **424. Pikler, Julius, Theorie der Empfindungsstäke und insbesondere des Weberschen Gesetzes.** Schriften zur Anpassungstheorie des Empfindungsvorgangs, 3. Heft. Leipzig, J. A. Barth 1920. 26 S. Preis M. 2,40.

Die grundlegende Auffassung über die Empfindungen als Anpassungsvorgänge, die der Verf. in seinen Heften vertritt, wurde schon beim Bericht über die früheren Hefte hier wiedergegeben. In dem neuen Heft untersucht Verf. die Frage, ob und wieweit die Geltung des Weberschen Gesetzes durch seine Theorie besser erklärt werde, als durch die herrschende Theorie, nach welcher die Empfindungen nur die subjektive Seite von Reizerregungen darstellen. Nach seiner Anpassungstheorie muß die Empfindungsintensität, welche ein Reiz hervorruft, nicht lediglich auf die absolute Stärke dieses Reizes bezogen werden, sondern gleichzeitig in eine Relation gebracht werden zu derjenigen größten Reizstärke, welche dem betreffenden Individuum auf Grund der theoretischen Voraussetzungen der Anpassungstheorie des Verf. „angemessen" ist. Die Empfindungsstärke bestimmt sich also durch das Verhältnis der Reizstärke zur „angemessenen" größten Reizstärke. Das Verhältnis, in welchem die Empfindungszuwüchse zu den Reizzuwüchsen einerseits, zur absoluten Reizgröße andererseits nach dem Weberschen Gesetz stehen, läßt sich in der Tat durch Piklers Hilfsbegriff der Angemessenheit erklären. Kronfeld (Berlin).

425. v. Hattingberg, Wie wirkt Psychotherapie? Münch. med. Wochenschr. **67**, 1037. 1920.

Die Neurose ist eine seelische Gleichgewichtsstörung. Es ist bei ihr zu unterscheiden zwischen dem Inhalt des nervösen Symptoms (Tremor, Blasenstörung, Phobie), der somatisch und psychisch mannigfach bestimmt werden kann, und dem Faktor, der die Fixation des nervösen Symptoms veranlaßt. Dieser Faktor ist ein Trieb, ein unbewußter Instinkt (nicht ein bewußter Wunsch), dem das nervöse Symptom dient. Es stellt den Ver-

such zur Konfliktslösung zwischen zwei sich widerstreitenden Tendenzen dar (z. B. Ehrgeiz und Schutzinstinkt) durch einen Kompromiß, der möglichst beide befriedigt. Das durch die Produktion des Symptoms erreichte seelische Gleichgewicht bedarf zu seiner Aufrechterhaltung einer dauernden krampfhaften Anstrengung; die Neurose ist, da die innere Gegensätzlichkeit weiter besteht, ein mißlungener Anpassungsversuch. Sinn der Therapie ist, eine zweckmäßige Anpassung durch Einwirkung auf die Reaktionsweise des Patienten zu erreichen. Das kann zunächst durch Beseitigung des Symptoms geschehen (Dressur, Veredelung des Symptoms, Überrumplung). Dann durch Veränderung der Gesamteinstellung des Neurotikers mit Hilfe der Suggestion durch Stärkung des Gesundheitswillens. Für die Wirksamkeit der Suggestionstherapie ist das Vorhandensein des Rapports zwischen Arzt und Kranken die Voraussetzung. Schließlich ist das erreichte Gesundheitsgleichgewicht durch allgemein erzieherische Maßnahmen zu befestigen. Während die Suggestivtherapie „sich auf der Hintertreppe einschleicht", erzielt die Psychoanalyse ein besseres Zusammenwirken der seelischen Kräfte ganz allmählich durch Aufdeckung des Verdrängungsmechanismus. Die Deutung hat die Aufgabe, unbewußtes wichtiges Material zutage zu bringen und dem Kranken die Zusammenhänge zwischen den aufgedeckten Einstellungen und den Symptomen zu zeigen. Beim Gelingen verschafft die Analyse dem Kranken ein besser angepaßtes seelisches Gleichgewicht und die Möglichkeit der vollen Ausnutzung seiner Kräfte.

Krambach (Berlin).

● **426. Kauffmann, Max, Suggestion und Hypnose.** Berlin 1920, Julius Springer. 128 S. Preis M. 18,—.

In 12 Vorlesungen für Mediziner, Psychologen und Juristen gibt Verf. die wesentlichsten Daten aus dem Gebiet der Hypnose, ihrer Phänomene, Mechanismen, ihrer Technik und ihrer psychologischen Grundlegung. Die Darstellung ist durch zahlreiche Einflechtungen lebensnaher Beispiele in direkter Rede ungewöhnlich lebhaft und anregend, auch didaktisch geschickt. Über das psychologische Fundament der hypnotischen Erscheinungen ließe sich wohl noch Tiefergehendes, selbst in derartigen Vorlesungen, sagen. Die ärztlich-therapeutische Anwendung kommt ebenfalls ein wenig zu kurz. Interessant sind die Ausführungen über die Bedeutung der Hypnose und der Suggestion für die Völkerpsychologie, die Religion und den Okkultismus. Aber auch hier wäre eine nähere Ausführung der oft flüchtigen Andeutungen zu wünschen, vor allem in psychologischer Hinsicht. Dem gänzlich Unbewanderten wird das Büchlein immerhin viel geben können.

Kronfeld (Berlin).

● **427. Liepmann, W.** (Berlin), **Psychologie der Frau. Versuch einer synthetischen sexual-psychologischen Entwicklungslehre.** Wien, Urban und Schwarzenberg, 1920. 315 Seiten mit einer Tafel und 10 Textabb. Preis M. 36,—.

Im Rahmen von 10 Vorlesungen wird der Entwicklungsgang des Sexuallebens von der Urzeugung bis zum Sexualismus des Kulturmenschen, bestehend aus Naturtrieb, Seelentrieb und Fortpflanzungswille, synthetisch aufgebaut. Aus dieser Entwicklungsgeschichte werden abgeleitet: Das



Hemmungsgesetz des weiblichen Plasmas auf Grund dessen physiologischer und psychologischer Vulnerabilität und der Satz von der größeren Trieberregbarkeit des männlichen Plasmas, wie sie sich sowohl aus dessen anatomischer Struktur als auch aus dem männlichen Charakter ergibt. Die Untersuchungen der Beziehungen der Sexualpsyche zur Ontogenese, Phylogenese und zur Völkerentwicklung, an der Hand zahlreicher Beispiele aus dem Reichtum des Liebeslebens der verschiedensten Tierklassen und Völkerstämme durchgeführt, drängen zur Erkenntnis der Ehe als biologischer Einheit. Ihrer Verwirklichung kommt man nicht näher durch Nivellierung, sondern durch Differenzierung der Geschlechter. Darauf mit aller Energie hingewiesen zu haben bedarf in dem Zeitpunkte, da die deutsche Reichsverfassung den Frauen grundsätzlich dieselben Rechte verliehen hat wie dem Manne ist ein uneingeschränkt anzuerkennendes Verdienst des Autors. Sein Werk ist nicht das trockene Destillat nüchterner sachlicher Erforschung; dies gilt besonders für den psychologischen Teil, bei dem der Autor oft auf intuitivem Wege zu seinen geistreichen Thesen kommt. Das Buch nimmt deshalb der objektiv kritischen Wissenschaft gegenüber, soweit es seinen psychologischen Teil angeht, eine ähnliche Stellung ein wie das Weiningers „Vom Geschlecht und Charakter". Den biologischen Teil, der auf einem reichen Schatz von Wissen fundiert ist, belebt die Gabe einer schwungvollen anschaulichen und, was bei der Besprechung der oft prekären Dinge auch hervorzuheben ist, takt- und maßvollen Darstellung, die sich bewußt ist, nicht vor Fachmännern zu sprechen, sondern die auf einen größeren Hörerkreis Gebildeter Rücksicht nehmen muß. Deshalb erscheint das Buch als ein gelungener Versuch im Dienst sexual-pädagogischer Aufklärung, von deren Notwendigkeit die in einem besonderen Anhange zusammengestellten Bekenntnisse von Hörern und Hörerinnen des Vorlesungszyklus einen sprechenden, illustrativen Beweis darstellen. Grünewald (Freiburg).

428. **Muck, O., Die seelische Ausschaltung des Gehör- und Schmerzsinnes bei Mensch und Tier (Granatexplosionsneurose und Kataplexie) als Parallelvorgänge im Licht der Phylogenie betrachtet.** Münch. med. Wochenschr. **67**, 503. 1920.

Bei hysterischen Störungen werden vollständig nicht die phylogenetisch alten motorischen und sensorischen Funktionen, z. B. Schlucken, sondern die phylogenetisch später entwickelten, z. B. Gehör und Schmerz, Sprache, ausgeschaltet. Dasselbe ist bei der vorstellungsfreien, psychischen Schockwirkung durch plötzlich eintretende außergewöhnliche und starke mechanische Beeinflussung der Fall, eine Wirkung, die auch bei Tieren als Kataplexie (Preyer), tierische Hypnose in Erscheinung tritt. Es wurden von Muck Versuche über das Verhalten der einzelnen Sinne bei kataplektischen Tieren (Huhn und Kaninchen) angestellt: Beim kataplektischen Tier fällt Gehörs- und Schmerzempfindung seelisch aus, während der Tastsinn erhalten bleibt. Die Reflexphänomene (akustiko-motorische Reflexe z. B.) blieben erhalten. Es besteht also Parallelismus zwischen dem kataplektischen Tier und den schockbetroffenen, kriegsneurotischen Menschen. Z. B. sind auch beim psychogen Ertaubten die akustiko-motorischen Reflexbewegungen (und der statische Sinn) ungestört. Das Hysterisch-



werden der Phänomene (Hysterie stellt einen veränderten Seelenzustand des Menschen dar) kann nur beim Menschen nach Abklingen gewisser Schockwirkungen einsetzen und zur Dauerform in psychogenem Sinne führen. Krambach (Berlin).

● **429. Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens.** Quellenschriften zur seelischen Entwicklung Nr. 1. Internationaler psychoanalytischer Verlag. Leipzig u. Wien 1919. 248 S.

In der Tat, wie Freud einleitend schreibt, sollte jeder irgendwie psychologisch interessierte Mensch dies wahrhaft köstliche und einzigartige Quellenbuch zur Psychologie des heranreifenden Wiener und wohl überhaupt Großstadt-Mädchens aus vornehm-bürgerlicher Familie lesen, das zudem noch trotz seiner absoluten Ursprünglichkeit für das Verständnis der Freudschen Mentalität von besonderem Wert ist. Kehrer.

430. Litwer, H., Einige Anwendungen der psychogalvanischen Reaktion. Ned. Maandschr. v. Geneesk. **9**, 245. 1920.

Die psychogalvanische Reaktion zeigt einen Affekt an und ist deshalb öfter imstande, zu zeigen, ob die Versuchsperson etwas Bestimmtes weiß oder nicht. Bei der simulierten Anästhesie ist die Reaktion stärker, bei der hysterischen Anästhesie schwächer als auf der normalen Seite.

van der Torren (Castricum).

431. Lenk, F., Blutdruck und Hypnose. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 1080.

Verf. erhöhte in der Hypnose suggestiv den Blutdruck und bezieht dies auf die „Beeinflussung des vasomotorischen Tonus durch Affekteinflüsse auf das Gefäßnervenzentrum". Eugen Kahn (München).

● **432. Hermann, Dr. Klages' Entwurf einer Charakterkunde.** Für Erzieher allgemeinverständlich besprochen und auf Heilpädagogik angewandt. Leipzig 1920, J. A. Barth. 63 S. Preis M. 15,—.

Es handelt sich im wesentlichen um ein Exzerpt der bekannten Schrift von Klages, doch fehlt es nicht an Abänderungen und Zusätzen. Wer das Original in seiner ungeheuren Gedrängtheit kennt, kann sich denken, daß der Versuch des Verf. nicht glücklich verlaufen konnte. Man hält sich besser an Klages selbst, um so mehr, als der Preis des schlecht gedruckten Heftchens nicht nur an sich sagenhaft ist, sondern auch den des Originals bedeutend zu übertreffen scheint. Kurt Schneider (Köln).

● **433. Gellhorn, Ernst, Übungsfähigkeit und Übungsfestigkeit bei geistiger Arbeit.** Beihefte zur Zeitschr. f. angew. Psychol., herausgegeben von William Stern und Otto Lipmann, Nr. 23. Leipzig 1920, J. A. Barth. 77 S. Preis M. 18,—.

Es wurden fortlaufende Arbeitsversuche mit der Bourdonschen Probe unternommen, wobei die Zeitwerte für je 10 Textzeilen bestimmt wurden. Die Zahl der Pensen schwankte an den einzelnen Tagen je nach dem Versuchszweck bis zu 60. Die individuellen Differenzen hinsichtlich der Arbeitsschnelligkeit nahmen entsprechend der zunehmenden Übung ab. Kopfarbeiter arbeiteten auch am Ende der Versuchsreihe noch schneller als Handarbeiter. Der Übungszuwuchs ist von der Anfangsleistung in weitem Grade unabhängig. Personen bis zu 43 Jahren zeigten in bezug auf die Zunahme



der Arbeitsschnelligkeit kein unterschiedliches Verhalten, welches mit ihrem Lebensalter zusammenhinge; über 45 Jahre alte Versuchspersonen hingegen zeigten eine Abnahme der Arbeitsschnelligkeit. Die Zeitwerte des Übungsfortschrittes gingen den Zeiten des Arbeitspensums an absoluter Größe parallel. Der relative Übungsfortschritt betrug während der ersten Versuchstage 10—15% mit recht kleinen individuellen Schwankungen. Der Übungszuwuchs liegt bei leicht ermüdbaren Menschen vorwiegend in den Arbeitspausen, bei den anderen vorwiegend während der Arbeit selber. Die Übungsfähigkeit nimmt mit fortschreitender Übung relativ ab. Die Übungs festigkeit, d. h. die Disposition, einen erlangten Übungsfortschritt auch bei Fortfall der Übung zu bewahren, wurde dadurch geprüft, daß die Versuche nach Eintritt der maximalen Arbeitsschnelligkeit nur noch wöchentlich einmal wiederholt wurden, und zwar während vieler Wochen. Es trat nur in einer Minderzahl der Versuchspersonen eine Abnahme der Arbeitsschnelligkeit, ein Übungs verlust ein; dieser war recht gering (6—15%); er zeigte sich vorwiegend in den ersten 3 Wochen. Bei zwei Dritteln der Fälle trat in den ersten 6 Wochen, bei der Hälfte in den ersten 10 Wochen überhaupt kein Übungsverlust ein. Ein Einfluß des Alters auf den Übungsverlust bzw. die Übungsfestigkeit zeigte sich nicht. Kraepelins Annahme, daß irgendein gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen Übungsfähigkeit, Übungsfestigkeit und Ermüdbarkeit bestehe, konnte an dem Material des Verf. nicht bestätigt werden. — Eine Vermehrung der täglichen Arbeits menge über ein gewisses Quantum hinaus führte nicht mehr zu einer Förderung der Arbeitsschnelligkeit. Wohl aber ließ die tägliche Arbeitsmenge sich stark vermindern, ohne daß eine entsprechende Verminderung der Übungsfähigkeit eintrat. Das Maximum des Erzielbaren hing bei allen Versuchspersonen in gleicher Weise von einem Verhältnis der Arbeitsmenge zur Pausenverteilung ab. Auch der Übungsverlust zeigte keine direkte Beziehung zu der während der Übungsperiode geleisteten Arbeitsmenge. — Verf. versuchte dann noch, die Bourdonsche Probe durch andere Formen fortlaufender geistiger Arbeit (Kraepelinsche fortlaufende Addition, Multiplikation usw.) zu ersetzen; jedoch ergab die Änderung der Aufgaben keine Veränderung der Übungsbedingungen. Insbesondere der Eintritt des Übungsfortschrittes, sei es in den Pausen, sei es während der Arbeit, fand bei allen Aufgaben in gleicher Weise je nach der Versuchsperson statt. Auch der Verlauf des Übungsverlustes war für jede Versuchsperson ein charakteristischer. Kronfeld (Berlin).

434. Giese, Fritz, Zur Untersuchung der praktischen Intelligenz. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psch. **59**, 64ff.

Der Begriff der praktischen Intelligenz als einer Anpassung der geistigen Leistungen an die Mittel zur Erreichung von Lebenszwecken wird, im Anschluß an die Ausführungen von E. Stern und Lipmann, erörtert. Es werden eine große Anzahl Tests, zum Teil ingeniös ausgedacht, angegeben, welche diese praktische Intelligenz prüfen sollen. Bezeichnend ist schon die Einteilung der Gesichtspunkte, unter denen Verf. diese Tests gibt: „Organisationsfähigkeit"; Manuelle Geschicklichkeit; Konkrete und abstrakte Spekulation; Praktische Kombination an konkreten Objekten und an ab-



strakten Inhalten. „Zweckmäßigkeitsblick"; „Findigkeit"; Geistesgegenwart. „Menschenkenntnis" usw. Einige Beispiele: Die „Organisationsfähigkeit" wird etwa geprüft daran, ein Bindfadenknäuel aufzuknoten, einen Koffer mit 21 Gegenständen zu packen, Werkzeuge in einem Rahmen aufzuhängen. Die Geistesgegenwart wird an einer „Schlagfertigkeitsprüfung" geprüft: Die Versuchsperson wird an ein Telephon gesetzt. Eine Männerstimme: „Ihr Vater wünscht Sie zu sprechen." Versuchsperson: „Bitte." Eine Damenstimme: „Ach, Edgar, endlich! Du mußt mir unbedingt etwas Geld schicken. Ich sah solch entzückendes Medaillon. Sonst kann ich morgen nicht in dem ausgeschnittenen Kleid kommen — du weißt doch" ... Versuchspersonreaktion a): „Ich glaube wir sind" (verwirrt); die fünf Sekunden Einheitszeit sind abgelaufen; Fehlleistung. Versuchspersonreaktion b): „Ihre Adresse, Fräulein" ... Richtige Leistung (!). Ein weiteres Beispiel: „Menschenkenntnis": Es soll eine Annonce entweder in verschiedenen Fassungen auf ihre Wirksamkeit geprüft oder in die wirksamste Fassung gebracht werden. Das vom Verf. gegebene Beispiel über „Luna-Suppenwürze" möge man im Original nachlesen. — Eine kurze Bemerkung sei gestattet. Seit Köhler und Lipmann den Begriff der „praktischen Intelligenz" und ihrer Prüfungsweisen zur Debatte gestellt haben, will es mir scheinen, als ob durch eine Überspannung in der Forderung „lebensnaher" Tests der eigentliche Sinn der experimentellen Intelligenzprüfung allzu stark in den Hintergrund träte. Die experimentelle Intelligenzprüfung ist unter einem doppelten Gesichtspunkt berechtigt und notwendig: entweder um die einzelnen psychologischen Bedingungen, Funktionen und Komponenten, welche bei Intelligenzleistungen zusammenwirken, herauszuarbeiten und möglichst isoliert zu prüfen; oder unter dem praktischen und speziellen Gesichtspunkt der Eignung für irgendeinen bestimmten Sonderzweck, einen Beruf mit besonderen psychologischen Voraussetzungen oder dergleichen. Die praktische Intelligenz als solche aber, unabhängig von einem dieser beiden Gesichtspunkte, prüft am „lebensnächsten" das Leben selber. Und wir Psychiater wenigstens haben bisher zur Erfassung dieser praktischen Intelligenz derartige Einzeltests, die doch nur schwächliche Kopien des Lebens sind und nicht einmal eine Auswertung in irgendeinem exakten Sinne ermöglichen, nicht notwendig gehabt. Es wäre uns interessant zu lernen, inwiefern diese Forschungsrichtung glaubt, mit ihren neuen Testmethoden wirklich und wesentlich über das hinauszukommen, was psychiatrisches Verständnis auch sonst schon aus dem Umgang mit dem Prüfling, und aus dem Einleben in seine soziale und sonstige Lebensführung, sein Interessengebiet und die sonstigen Äußerungen seiner praktischen Intelligenz und Lebensangepaßtheit zu entnehmen suchte.

Kronfeld (Berlin).

435. Sommer (Gießen), **Referat über Tierpsychologie und Psychiatrie.** Südwestdeutsche Psychiater-Versammlung zu Karlsruhe, November 1920.

Die Tierpsychologie hängt mit der Geschichte der menschlichen Psychologie untrennbar zusammen und erscheint in den verschiedenen Zeiten gewissermaßen als Schatten der in der Zeit herrschenden psychologischen Theorien. Sommer weist dies für das 17. und 18. Jahrhundert an den



tierpsychologischen Theorien von Cartesius und Reimarus nach. In dem dualistischen System des ersteren mußten die Tiere, da sich nach seiner Meinung die Substantia cogitans mit der Materia extensa nur in einem kleinen Organ des menschlichen Gehirns berührt, lediglich als mechanische, durch reflektorische Wirkungen in Bewegung gesetzte Maschinen erscheinen. Bei Reimarus herrschte schon im Gegensatz hierzu der entwicklungsgeschichtliche Gedanke, so daß er die Tiere in eine Stufenfolge von Determination einreihte, die in der physikalischen Natur völlig herrscht und durch das Reich der Pflanzen und Tiere allmählich zum freieren Zustand der Menschen aufsteigt. Von diesem vergleichenden geschichtlichen Standpunkt erscheinen die jetzt vorhandenen tierpsychologischen Theorien als eine Vermischung von einseitigem Rationalismus zum Teil mit telepathischen Ideen über Gedankenübertragung. Es ist notwendig, diese hypothetischen Auffassungen durch eine empirische und wirklich experimentalpsychologische Tierpsychologie zu ersetzen. Dabei muß die experimentelle Erforschung immer auf dem Boden der sorgfältigen Beobachtung erwachsen. Eine genaue Kritik der Personen, die sich mit Tierpsychologie befassen, vom Standpunkt der Berufssteigerung ist erforderlich. Dabei ist es vollkommen einseitig, das Problem, wie es jetzt oft geschieht, auf einzelne Spezialitäten bei Pferden und Hunden zu beschränken. Eine umfassende vergleichende Tierpsychologie mit Bezug auf die empirische Psychologie beim Menschen muß gefordert werden. S. geht dann auf die Untersuchung des Anfangsunterrichtes bei einem Pferde durch Herrn Krall ein und stellt den Grundsatz auf, daß zur Beurteilung der Leistungen unbedingt die sämtlichen vorangegangenen Übungen festgelegt werden müssen. Er verweist dabei auf seinen in den Fortschritten der Psychologie von Marbe im III. Bd., Heft 3 erschienenen Bericht. In diesem ist die Methode des Unterrichtes genau beschrieben. Das Wesentliche besteht darin, daß Krall bei dem Tier bestimmte optische Zeichen mit Bewegungsreihen, die von Krall oder einem Helfer im richtigen Moment passiv gebremst werden, zu verknüpfen sucht. Die Erfahrung bei bestimmten Arten von geistiger Störung, besonders angeborenem Schwachsinn, beweisen, daß eine solche Verknüpfung von optisch-motorischen Reihen bei hochgradigem Mangel an begrifflichem Denken eintreten kann. S. hat die sämtlichen von Krall ihm gebotenen Aufgaben notiert und festgestellt, daß diese in regelmäßiger Weise präformiert sind, so daß zweistellige Zahlen herauskommen. Nach mathematischen Regeln stehen die Anfangs- und Endzahlen bei bestimmten Wurzelaufgaben zu den genannten Reihen in gesetzmäßiger Beziehung. Es handelt sich um das Grundproblem, wieweit bestimmte optische Zeichen auch komplizierterer Art bei dem Tier mit bestimmten Bewegungsreihen verbunden werden können. — S. eigene Erfahrungen beruhen 1. auf langjährigen Beobachtungen in zoologischen Gärten und auf sonstigen Untersuchungen an einer Reihe von Tierarten, 2. auf dem genauen Studium eines vor 2 Jahren bei dem Rückzug der Truppen erworbenen Pferdes. Dieses wurde möglichst in Freiheit gelassen, nie im Stall angebunden und am Tage auf einem Gartengelände frei gelassen, so daß es bei jeder Gelegenheit beobachtet werden konnte. Dazu

gesellten sich lange Beobachtungen beim Reiten und Fahren. An- und Ausschirren sowie alle sonstigen Manipulationen an dem Tier wurden von dem Beobachter selbst besorgt. Die lange Beobachtung ergibt, daß bei dem Tier optische Erinnerungen mit bestimmten Bewegungen beim Fahren in einer geradezu außerordentlichen Weise verknüpft erscheinen, so daß das Tier auf Grund optisch-motorischer Erinnerungsketten einmal gegangene Wege wiederfindet. S. erklärt diese Determiniertheit bei der reproduktiven Assoziation für das Grundphänomen in dem psychischen Verhalten des Tieres und hat die Erscheinung auch bei anderen Tierarten wiederholt beobachtet. In dieser vollkommen überwiegenden reproduktiven Assoziation gegenüber den vielfältigen Möglichkeiten der menschlichen Assoziation findet S. den wesentlichen Unterschied und eigentlichen Grund des Wiederfindens von Wegen und ähnlichen Erscheinungen. Im Gegensatz dazu zeigt das Tier häufig eine vollständige Ratlosigkeit neuen Aufgaben gegenüber, wobei es ganz sinnlos erscheint. S. verlangt daher, daß die reproduktive Assoziation von der beim Menschen neben der reproduktiven auftretenden mannigfaltigen Assoziation scharf getrennt wird, damit der charakteristische Unterschied hervortritt. S. fand ferner wiederum im starken Gegensatz zu der Ratlosigkeit bei dem Tier den Beginn einer primitiven Verwendung von Instrumenten, z. B. der leicht beweglichen Deichsel mit Hilfe des Kopfes zum Kratzen hinter dem Ohr. Das Pferd hat nicht nur eine klare Lagevorstellung von seinem eigenen Körper, sondern auch von der Lage der Deichsel und der relativen Stellung des Körpers zu dieser. Bemerkenswert ist häufig die Verwendung des Schwanzes und Kopfes zu ganz feinen zweckmäßigen Bewegungen. Ferner hebt S. hervor, daß bei dem Tier 1. bestimmte Reize in vollständig determinierter Weise mit bestimmten Bewegungen verknüpft sind, so daß dasselbe bei Berührung bestimmter Stellen, z. B. beim Anschirren immer wieder zu beißen versucht. Dabei genügt schon die leiseste Andeutung des Reizes, z. B. eine ganz minimale Bewegung in der Richtung der empfindlichen Stelle, um die ganze Kette von Bewegungen auszulösen. S. bezeichnet diese allmähliche und weitgehende Abschwächung des Reizes bis zu einer kaum merklichen Geste als eine Art von Symbolistik, die vollkommen frei von Begriffen ist, aber komplexauslösend wirkt und dadurch die gleichen motorischen Erscheinungen hervorruft, als wenn der vollständige Reiz vorhanden wäre. Hierin liegt die Erklärung für eine große Menge von Erscheinungen bei der Tierdressur, wobei minimale Andeutungen von ursprünglich gegebenen Reizen genügen, um sehr verwickelte Bewegungsvorgänge bei den Tieren auszulösen. Von großer Bedeutung ist die Erscheinung der psychisch bedingten Reflexhemmung. Man kann beobachten, daß bestimmte Vorgänge, die als einfacher psychischer Reflex ablaufen, durch Einstellung auf bestimmte Akte bei dem Tier gebremst werden. Während z. B. ein Pferd für gewöhnlich unter bestimmten Umständen durch Bewegungen der Ohren oder durch Wiehern reagiert, bleiben diese Bewegungen aus, wenn das Tier mit Fressen beschäftigt ist. Dieses verhält sich dann vollkommen seelentaub. Für die Untersuchung der Reflexhemmung sind die Vorgänge bei der Flohdressur von Interesse.



Von großer Wichtigkeit für die ganze Tierpsychologie sind Pawlows Untersuchungen über die Reaktion auf Geschmacksreize, die mit heterogenen Reizen z. B. akustischer Art, kombiniert werden. Läßt man aus diesem Komplex von Reizen den ursprünglichen Geschmacksreiz weg, so kommt doch die gleiche Reaktion, als wenn letztere mit vorhanden wäre. Man kann also bei den Tieren aus Reizkomplexen Teile weglassen, ohne daß die Wirkung geschädigt wird. Dies ist für die Verbindungen von komplizierten, optischen Reizen mit Bewegungsvorgängen bei Pferden (z. B. Klopfen mit den Füßen) von größter Bedeutung, weil nach Analogie der Pawlowschen Untersuchungen die Möglichkeit vorliegt, daß auch bei teilweiser Weglassung des ursprünglich optischen Reizkomplexes die gleiche Wirkung erfolgt. Optische Komplexe, die bei der menschlichen Art der Auffassung als Reihen von Zeichen verstanden werden, wirken bei dem Pferd als simultane optische Reize. Hierin liegt wahrscheinlich der Schlüssel für eine Reihe von Erscheinungen, die ihrer wahren Natur nach in das Gebiet der reproduzierenden Assoziation nach teilweiser Darbietung der ursprünglichen Reizkomplexe fallen. Bei den Krallschen Versuchen muß unbedingt in allen Fällen klargestellt werden, in welcher Form die Reize den Tieren ursprünglich geboten worden sind. Von wesentlicher Bedeutung für die Psychologie besonders des Pferdes sind die Erscheinungen der Angst mit ihrer Einwirkung auf die motorischen Apparate. Dabei hat Sommer oft beobachtet, daß die Angstwirkung nicht von der Intensität der äußeren Reize, z. B. eines an der Seite vorbeifahrenden Eisenbahnzuges abhängt, sondern von der Bewegungsrichtung des letzteren. Fährt dieser an dem Pferd vorbei in der Richtung nach vorn, so bleibt es ruhig. Biegt man jedoch in dem Moment, in dem ein Zug neben der Fahrstraße dem Pferd entgegenkommt, nach der Seite ab, so rast das Pferd mit den Erscheinungen der höchsten Angst mit dem Wagen sogar bergauf, offenbar unter Herrschaft der Vorstellung, daß der Zug hinter ihm herkommt. Ebenso ist bei sonstigem Auftreten der Angst ein Vorstellungsmoment unverkennbar. An entgegenkommende Autos hat sich das von Sommer beobachtete Pferd vollkommen gewöhnt, während es z. B. vor kleinen am Wege stehenden Gerätschaften, z. B. Straßenwalzen, Kinderwagen u. a. Gegenständen, ferner vor Pfützen, Papierblättern usw. auf der Straße scheut. Es ist erwiesen, daß es sich bei der Angst dieses Tieres nicht nur um Reaktionen auf plötzliche Eindrücke, sondern um Vorstellungen handelt, die sich oft an scheinbar geringfügige Gegenstände anknüpfen. In dieser Art von Erscheinungen liegt der Urgrund der in der menschlichen Psychopathologie auftretenden, durch Vorstellungen bedingten Angst vor. Ferner gehen durch die ganze Tierreihe eine Reihe von Erscheinungen, die eine psycho-physiologische Beziehung zu den katatonischen Störungen beim Menschen haben. Bei vielen Tieren z. B. bei den Krokodilen finden sich starre Haltungen von ausgeprägt psychomotorischem Charakter, welche eine verblüffende Ähnlichkeit mit katatonischen Perseverationen haben. Zusammenfassend stellt Sommer die Beziehung zwischen Tierpsychologie und Psychiatrie in dem Sinne dar, daß drei psychopathologische Grundsymptome, nämlich die psychogen ausgelösten Komplexe sowie die Angstvorstellungen

und die katatonischen Haltungen ihre Wurzel in der Normalpsychologie, besonders der Säugetiergruppe haben, während 2 andere psychopathologische Grundsymptome, nämlich die Verwirrtheit und der Krampf mit der Psychopathologie dieser Tiergruppe zusammenhängen. Geht man weiter zurück, so erscheinen auch die letztgenannten Grundsymptome im Hinblick auf niedere Tiergattungen als zur normalen Tierpsychologie gehörig. Sommer findet also die Wurzel einer Reihe von psychopathologischen Grundsymptomen einerseits in der Normalpsychologie der Tiere, andererseits in der Psychopathologie der Tiere. Er fordert eine allgemeine, psychologische und psychopathologische Symptomenlehre auf dem Boden der vergleichenden Biologie.

Diskussion. Neumann (Baden-Baden): Neben dem „klugen Hans" und den Elberfelder Pferden wurden auch noch eine Anzahl Hunde in der von Krall und von der Osten angegebenen Weise „unterrichtet". Diese Tiere klopfen auf einen von den Versuchsleitern hingehaltenen Pappdeckel oder in die Hand der mit ihnen „arbeitenden" Person diejenige Anzahl von Klopfschlägen, die für die in Frage kommenden Buchstaben jeweils nötig sind. Dabei ergab es sich — wie die Mannheimer und ihr Jünger mitteilen — daß der Hund Rolf imstande war, seine Autobiographie zu schreiben, Gedichte zu machen, einen ausgedehnten Briefwechsel mit Menschen und Hunden zu unterhalten usw. usw. Überboten wurden seine „Leistungen" noch durch die seiner Tochter Lola, deren Werdegang kürzlich in einem ausführlichen Buche dargelegt wurde. Lola lernte in 10—15 Stunden das Lehrpensum, das unsere Schulkinder in einigen Jahren zu bewältigen haben; dabei ging der Unterricht infolge Zeitmangels der Lehrerin oft sozusagen nur brieflich vor sich. Das Tier „spricht" von gebrochenen Eiden und von wiederherzustellender Ehre. Seine „Denkleistungen" unterscheiden sich in nichts von denen der Menschen. — Die Angelegenheit Rolf wurde von mir durch Vexierversuche, die ich seinerzeit mehrfach anstellte und bei denen die Versuchsleiterinnen regelmäßig in die von mir gestellten Fallen plumpsten, als autosuggestiver Schwindel entlarvt. Bei Lola sind wohl ähnliche Dinge im Spiele. Auch Bewußtseinsspaltungen bei den Versuchsleitern mit interessanten Automatismen scheinen hier in Frage zu kommen, wobei der Hund die gleiche Rolle spielt wie der klopfende Tisch der Spiritisten oder der schreibende Griffel beim automatischen Schreiben. — Tierpsychologie soll nur der treiben, der sowohl experimentell-psychologisch, als auch rein psychologisch und philosophisch geschult ist. Es ist verkehrt, die psychischen Äußerungen der Tiere dem menschlichen Geiste gleichzusetzen. Hier sind tiefe, unüberbrückbare Unterschiede vorhanden, und es scheint vorläufig ebenso vergeblich, nach den „Quellen des Geistes" zu suchen wie nach den Quellen des Lebens.

Hellpach (Karlsruhe): erinnert an Edingers Aufstellung, welche die psychische Verknüpfungsleistung des paläencephalen Gehirns als Relation von der (höheren) Assoziation schied. Hellpach stellt die Frage auf, ob das Finden eines Rückweges nach einmaligem Hinweg durch ein Tier wirklich als einläufige Relation ohne die Fähigkeit, das Assoziierte zu variieren, erklärbar sei.

Bleuler (Burghölzli): Es liegt im Prinzip des Orientierungsvorganges, daß die bei einer Lokalveränderung erworbene Engrammreihe auch in umgekehrter Reihenfolge benutzt werden kann, sonst würden die Tiere den Rückweg zum Nest nicht finden. Besonders durchsichtig sind die Verhältnisse z. B. bei den Ameisen, die sich vermittels ihres topochemischen Sinnes orientieren.

Tuczek (Marburg) begrüßte in der Sommerschen Arbeitsrichtung die Eliminierung der anthropomorphischen Denkrichtung in der Tierpsychologie und die Betonung der gattungsmäßigen Anpassung der psychologischen Leistungen in der Tierreihe. Daß daneben auch Ansätze zu individueller Anpassung (Lernfähigkeit) vorliegen, bestätigen seine sowie Köhlers Beobachtungen. Der Begriff der reproduktiven Assoziation trifft wohl auch das Zugvogelproblem. Die Ratlosigkeit neuen Aufgaben gegenüber läßt sich schön bei angepflockten Ziegen



beobachten, die mit der Leine sich um einen Baumstamm verwickelt haben. Die Angst des Pferdes vor einer imaginären drohenden Gefahr möchte Tuczek mit noch psychologischen Vorgängen beim Menschen in Analogie setzen.

Sommer geht auf die Bemerkungen von Hellpach ein und erklärt dessen Fragestellung für berechtigt. Es liegt scheinbar ein wesentlicher Unterschied vor, wenn ein Tier, z. B. Pferd oder Rind, einen einmal gegangenen Weg in der gleichen Richtung wiederfindet oder wenn es diesen in umgekehrter Richtung ausführt. Sommer weist zur Erklärung daraufhin, daß im Gegensatz zum Menschen die genannten Tiere ein weiter nach rückwärts reichendes Gesichtsfeld haben und daher viel umfassendere optische Erinnerungen beim Weg nach rückwärts haben als die Menschen. Andererseits ist die Umkehrung der motorischn Reihen sehr zu beachten. Nach Sommers Auffassung wird bei jeder Bewegung eine Gegenbewegung keimartig mit ausgelöst, so daß andauernd ein psychischer Antagonismus, ähnlich wie bei der Innervation der Muskeln vorhanden ist. Ähnliches läßt sich bei der Innervation der rechten und linken Hand, z. B. beim Schreiben mit der rechten und Ausführung gleichzeitiger Spiegelbildbewegung an der linken beobachten. Diese Grunderscheinung hat nach Sommer eine Bedeutung bei der Erklärung der rückwärts gerichteten Innervationsreihen bei der reproduzierenden Assoziation der Tiere. Damit decken sich auch im wesentlichen die Bemerkungen von Bleuler. Von seiten des Herrn Tuczek-Marburg liegt eine irrtümliche Auffassung vor, da in dem Vortrag von Sommer die Angst bei den Tieren besonders beim Pferd nicht als etwas Pathologisches, sondern im Gegenteil als etwas Normalpsychologisches bezeichnet wurde, was für die Selbsterhaltung des Pferdes durch die Einwirkung auf die Muskelapparate biologisch von größter Bedeutung ist. Sommer hat in seinem Vortrag bei der Ableitung psychopathischer Symptome aus der Tierpsychologie die Angstvorstellungen gerade aus einem normalpsychologischen Element bei den Tieren hergeleitet.

(Nach Eigenberichten durch Hauptmann.)

IV. Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie.

436. den Boer, M., Ein Fall von Struma mit Ophthalmoplegia quasi totalis externa. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 2284. 1920.

Patientin mit Struma (anamnestisch, vor der früheren, im Jahre 1910 vorgenommenen Operation, wohl Morb. Basedowii), fast vollkommener Lähmung aller äußeren Augenmuskeln und einer geringen Parese des rechten Facialis, Hypoglossus, Levator palatini und Hemiplegia laryngis sinistra. Chvosteksymptom positiv, stark reflexogene Zone der ganzen Tibia, hohe Reflexe, Hyperästhesie der linken Hälfte des Rumpfes.

van der Torren.

437. Krambach, Bernhard, Über Störungen der Tiefensensibilität bei peripheren Schädigungen. Zeitschr. f. ges. Neurol. u. Psychiatr. **59**, 272.

Mitteilung zweier Fälle von Nervenverletzung — eine Schußverletzung, eine Zerrung durch Humerusluxation —, bei denen die Störung der Tiefensensibilität bedeutend erheblicher ist als die der Oberflächensensibilität. Der Befund zeigt, daß in den extravertebralen Wurzeln und den Plexusstämmen auf dem Querschnitt die Fasern für Oberflächensensibilität räumlich getrennt von denen für Tiefensensibilität liegen und daß die Angliederung der Gelenkfasern an die motorischen Fasern distal von den Läsionsstellen statthat. Gleichzeitig bestanden pseudoathetotische Spontanbewegungen.

F. Wohlwill (Hamburg).



● **438. Cohn, Toby, Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.** 6. vollst. umgearbeitete und vermehrte Auflage. Berlin 1920. Karger. 226 S. Preis geb. M. 30,—.

Das Buch T. Cohns ist wohl eingeführt, was sich auch daraus ergibt, daß es jetzt nach 12 Jahren bereits in 6. Auflage erscheinen kann. Im Gegensatz zu dem kürzlich hier angezeigten Buch Kowarschiks wendet es sich mehr an den praktischen Arzt als an den Spezialisten; dementsprechend nimmt die Elektrodiagnostik etwa die Hälfte des Buches ein und überwiegt in dem therapeutischen Teil die Besprechung des galvanischen und faradischen Stromes erheblich diejenige der modernen Stromanwendungen. Der Standpunkt des Verf. den Erfolgen der Elektrotherapie gegenüber ist ebenfalls kritischer als es der der spezialistischen Elektrotherapeuten gemeinhin ist, ohne jedoch prinzipieller Skepsis zu verfallen. Trotzdem hielt der Verf. sich nicht für berechtigt, alle Methoden zu übergehen, die nicht allseitige uneingeschränkte Anerkennung fanden, denn der Praktiker „verlangt mit Recht die Möglichkeit einer Auswahl, selbst auf die Gefahr hin, einmal eine Methode anzuwenden, die vor dem strengen Auge der exakten wissenschaftlichen Kritik errötend gestehen müßte, nur empirisch zu sein". Die neue Auflage hat eine wertvolle Bereicherung hauptsächlich durch die Hineinarbeitung der Kriegserfahrungen sowohl auf diagnostischem wie auf therapeutischem Gebiet erfahren.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

439. Soloweitschik, K., Ein Beitrag zur postdiphtherischen Lähmung der Hände. Neurol. Centralbl. **39**, 530. 1920.

Bei einem 11 jährigen Mädchen, das eine schwere (ohne Serum behandelte) Diphtherie mit rasch vorübergehender Gaumensegel- und Akkommodationslähmung durchgemacht hat, stellt sich etwa einen Monat später eine Schwäche in den Beinen ein, fast $^1/_2$ Jahr später ziemlich plötzlich eine Contractur beider Hände, linke Pupille > r., P. S. R. beiderseits schwach, A. S. R. 0. Handgelenke halb gebeugt und leicht proniert, Finger gespreizt, in den Grundgelenken gestreckt, in den übrigen gebeugt. Beugung in den Grundgelenken 0, in den übrigen bis zur Hälfte des Normalen. Abflachung des Thenar beiderseits, rechts Atrophie der kleinen Handmuskeln. Elektrisch normal. Einspritzung von 1500 I.-E. Di-Serum ohne Erfolg. Heilung unter elektrischer und Massagebehandlung. Es wird ein postdiphtherischer Prozeß angenommen, der sich nicht auf periphere Nervenschädigung beschränkt, sondern zentral bedingt ist und zu einer Hypertonie geführt hat.

Krambach (Berlin).

440. Thoden van Velzen, S. K., Die Cluniitis superior. Neurol. Centralbl. **39**, 571. 1920.

Schmerzen in der Gegend des oberen äußeren Teiles der Regio glutaea, bisweilen bis zum Trochanter major. Druckpunkt zwischen Spina iliaca sup. post. und ant. an der Crista.

Krambach (Berlin).

441. Boas, Kurt, Über alternierende Facialislähmungen. Neurol. Centralbl. **39**, 567. 1920.

Nach Zusammenstellung der Literatur wird der Fall eines sonst gesunden Mannes mitgeteilt, der mit 16 Jahren wahrscheinlich im Anschluß



an eine ausgiebige Zahnextraktion eine rechtsseitige und wenige Tage danach eine linksseitige Facialislähmung erlitt (Heilung nach 8 Wochen), mit 23 Jahren eine rechtsseitige Facialislähmung (Heilung nach 6—8 Wochen), mit 30 Jahren im Anschluß an Aufregung und Erkältung eine linksseitige totale Facialisparese, die nach 4 Wochen fast völlig geheilt ist. Die rezidivierenden Facialislähmungen dürften ihre Ursache in einer erhöhten Vulnerabilität des Nerven haben. Krambach (Berlin).

442. Galant, S., Crises clitoridiennes-artige Erscheinungen bei einem 14jährigen Knaben. Neurol. Centralbl. **39**, 539. 1920.

Bei dem Jungen, mit dem eine Entwöhnungskur wegen exzessiver Onanie vorgenommen worden war, trat einige Zeit später jedesmal beim Urinieren starker Orgasmus auf (ohne Erektion oder Ejaculation), ohne daß er sexuelle Gedanken dabei habe. Die Krisen verschwanden nach etwa 2 Mon. Crises clitoridiennes allein berechtigen also nicht zur Vermutungsdiagnose Tabes. Krambach (Berlin).

443. Schäffer, Harry, Zur Kenntnis des Trousseauschen Phänomens bei der Tetanie. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 1072.

Das Phänomen, das durch direkte Nervenreizung zustande kommt, wird reflektorisch ausgelöst. Der Trousseausche Krampf ist nach den Untersuchungen des Verf. ein Tetanus. Eugen Kahn (München).

444. Fränkel, Fritz, Zur traumatischen Ätiologie der Pseudosklerose. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 966.

Kasuistische Mitteilung. Eugen Kahn (München).

445. Junius, Kann Grippe reflektorische Pupillenstarre bedingen? Zeitschr. f. Augenheilk. **44**, 44. 1920.

Ein 25jähriger Mann bietet nach einer leichten Grippe folgendes: Pupillendifferenz, Lichtstarre beider Pupillen bei einer Konvergenzreaktion, die erkennbar, wenn auch nicht sehr deutlich ist; Akkommodationsschwäche beiderseits; auffällige Blässe beider Papillen an der Grenze des Krankhaften. Blut-Wassermann positiv. Lendenstich verweigert. Der Verf. hält Lues für die wahrscheinliche Ursache, schließt aber die Einwirkung der Grippe nicht ganz aus. Die Auffassung der Pupillenstörung als reflektorische Pupillenstarre dürfte Widerspruch erregen. H. Erggelet (Jena).

446. Hoffa, Th., Über das Radialisphänomen. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 1144.

Das von Verf. beschriebene und empfohlene Zeichen schließt sich den schon bekannteren Zeichen der mechanischen Nervenübererregbarkeit an. Eugen Kahn (München).

447. Hesselbarth, Über latente Gicht, deren Neuralgien und ihre Behandlung. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 1082.

Verf. bricht eine Lanze für eine 1887 erschienene einschlägige Abhandlung von Dr. Kittel und dessen therapeutische „Manipulationen, die man als Kollision und Detrition bezeichnen könnte". Eugen Kahn (München).

448. Zadeck, J., Trauma des Nervensystems und perniziöse Anämie.

1. 15 Jahre nach einer linksseitigen Schädelhirnverletzung durch einen herunterfallenden Stein mit rechtsseitiger kompletter, spastischer Lähmung und Aphasie wird bei dem 50jähr. Patienten eine Anaemia perniciosa konstatiert. Wassermann positiv. Exitus nach 8 Tagen. Sektion zeigt linksseitigen Hirndefekt mit chronischer



Pachymeningitis, fettige Entartung des Herzens, der Leber, der Nieren. Rotes Knochenmark, hochgradige Anämie sämtlicher Organe, Pankreasatrophie, keine Anzeichen von Lues. — 2. 38jähr. Patient wird 3 Jahre nach Schädelstreifschuß (Trepanation) mit linksseitiger Parese im Endstadium einer perniziösen Anämie aufgenommen (Hämoglobin 20%, Rote 900 000, Weiße 4000). Sektion ergibt Piablutungen, multiple Hirnprolapse, Retinalblutungen, Ödeme, Myodegeneratio cordis, Leber- und Milztumor, peritoneale Blutungen, rotes Knochenmark. — 3. $^1/_2$ Jahr nach Hinterkopfverletzung durch eine Messingstange perniziöse Anämie bei einem 35jähr. Arbeiter: Rote 950 000, weiße 4200, Hämoglobin 20%. Remission bis zur Arbeitsfähigkeit nach 6 Wochen durch Arsen. Jetzt (nach 3 Jahren) wieder schwere perniziös-anämische Symptome. Krambach (Berlin).

449. Baumm, Hans, Progressive Bulbärparalyse und Kriegsdienstbeschädigung. Münch. med. Wochenschr. **67**, 960. 1920.

Ein 40jähriger Landwehrmann verliert im Artilleriefeuer das Gehör, das sich nach einem Tage wieder einstellt. Seit dieser Zeit langsame Verschlechterung der Sprache. Der Mann bleibt bis zum Schluß an der Front. Ein Jahr später wird die Diagnose progressive Bulbärparalyse gestellt (Symptome einer amyotrophischen Lateralsklerose sind nicht vorhanden).

K.D.B. wird anerkannt, weil sich der Beweis dafür, daß der Patient sein Leiden nicht auch ohne den Krieg bekommen hätte, nicht erbringen läßt (!), da die Ursachen der Erkrankung dunkel sind und da der Beginn der Erkrankung ungewöhnlich früh fällt. Krambach (Berlin).

450. Nonne, Linsenkernsyndrom. Ärztlicher Verein zu Hamburg, Sitzung vom 16. November 1920.

Nonne schildert an der Hand von Abbildungen die verschiedenen Formen des Linsenkernsyndroms, wie es jetzt in Fällen von epidemischer Encephalitis vielfach zur Beobachtung kommt. Bei Kindern ist das Leiden äußerst selten. Fr. Wohlwill (Hamburg).

451. van Hasselt, J. A., Tuberkel in cerebro. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 2443. 1920.

Kastaniengroßer, freiliegender Tuberkel im dritten Ventrikel bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde. Strabismus divergens, Anisokorie, Parese des rechten Beines und Armes, leichte Nackensteifigkeit, wochenlang andauernde starke Schläfrigkeit. van der Torren (Castricum).

452. Klinkert, H., Fälle von Meningitis serosa. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 2439. 1920.

1. Fall mit Furunkel im Nacken, Staphylococcus aureus im Lumbalpunktat; Heilung. 2. Fall mit Otitis media; nach der Operation Heilung. van der Torren (Castricum).

453. Langbein, Hildegard, Über einen neuen Typus der Entbindungslähmung mit vorwiegender Beteiligung der Brust- und Schulterblattnerven. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **54**, 294.

8jähriger Knabe. Seit Geburt gelähmt, bei fehlender elektrischer Erregbarkeit, waren: Serratus, Rhomboidei, Trapezius inf., paretisch mit partieller Ea.R. Deltoideus; geschwächt und leicht atrophisch bei normaler elektrischer Erregbarkeit waren Biceps, Triceps, Pectoralis maj. und Latissimus dorsi. Während die typische Erbsche Lähmung den primären, sich aus C_5 und C_6 bildenden Stamm betrifft, müssen in diesem Fall die Wurzeln bis vor dem Abgang der kurzen Nerven des Plexus betroffen gewesen sein. Bemerkenswert ist noch das Auf-



treten nach spontaner Geburt. Zusammenstellung von 17 Literaturfällen mit Beteiligung der Brust- und Schulterblattmuskeln (unter 177 Einzelfällen). Fr. Wohlwill.

454. Boenheim, F., Beitrag zur Kenntnis der Pseudosklerose und verwandter Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Beziehung zwischen den Erkrankungen des Gehirns und der Leber. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 10. 1920.

Bei einem 14jährigen Jungen, der vor 3 Jahren mit epileptiformen Anfällen erkrankt war, wird die Diagnose Pseudosklerose gestellt auf Grund folgender Symptome: Bewegungsarmut, maskenartiger Gesichtsausdruck, ausgesprochene Hypotonie, Adiadochokinese, athetoide Bewegungen der Hand, tickartige Zuckungen im Gesicht, Sprachstörung, Unsicherheit der Bewegungen an Armen und Beinen; Pyramidensymptome fehlen. Hierzu kommt ein Zurückbleiben der physischen und psychischen Entwicklung. Leberveränderungen waren klinisch nicht festzustellen. Funktionsprüfungen konnten nicht ausgeführt werden. Keine Sektion. — Verf. vergleicht den geschilderten Fall mit anderen in der Literatur beschriebenen, wobei er dazu neigt, die verschiedenen Krankheiten mit amyostatischem Symptomenkomplex als zusammengehörig zu betrachten und auch klinisch nahe verwandt anzusehen. Des genaueren geht der Verf. auf den Zusammenhang der Hirnerkrankungen mit Leberschädigungen bei Pseudosklerose ein. Er kommt dabei zu dem Schluß, daß die Affektion im Gehirn das Primäre sei und stützt sich dabei auf die von Karplus und Kreidel vorgenommenen Untersuchungen über die Abhängigkeit vieler Organfunktionen vom Mittelhirn und den Basalganglien. Er trägt dabei nach Ansicht des Ref. der Natur der Leberveränderung bei Pseudosklerose und Wilsonscher Krankheit zu wenig Rechnung. — Weiter folgen Hinweise auf die Bedeutung des Mittelhirns speziell des Subthalamus als Zentrum für den Sympathicus und der basalen Ganglien für die Blasen- und Mastdarmfunktion. Ferner wird die Beziehung der in Rede stehenden Erkrankung durch Störungen der innersekretorischen Drüsen hervorgehoben. — Es folgt die Mitteilung eines Falles von Tabes mit apoplektiform entstandener Paralysis agitans sowie einer anderen, anscheinend ebenfalls posthemiplegisch hervorgerufenen Paralysis agitans, die nach dem Sektionsergebnis durch einen Hydrocephalus internus bedingt war. — In einem 4. Falle handelt es sich um eine postgrippöse Encephalitis, bei der zuerst Schlafsucht vorherrschte, während sich später hyperkinetische Erscheinungen extrapyramidaler Natur geltend machten. Bemerkenswert war das an Paralysis agitans erinnernde maskenartige Gesicht. — Zusammenfassend wird hervorgehoben, daß die verschiedensten Noxen den amyostatischen Symptomenkomplex hervorrufen können, wobei das Bild im einzelnen wechselt, in den Grundzügen jedoch konstant bleibt. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich um ein Syndrom, nicht um eine Krankheit sui generis; die verschiedenen Manifestationen sind dabei als Unterform anzusehen. — Als Nachtrag wird noch ein Fall mitgeteilt, bei dem ohne bestimmte Ursache ebenfalls ein amyostatischer Symptomenkomplex auftrat, bestehend in Rigidität der Muskeln ohne Zwangsbewegungen, Parese der rechten Seite; ferner besteht eine Adipo-



sitas, sowie eine Störung der Milz- und Leberfunktion. Die Leberfunktionsstörungen im letzten Falle hält Ref. nicht für erwiesen, da keine alimentäre Lävulosurie besteht und keine Vermehrung der Urobilinogenausscheidung nachzuweisen war. Bostroem (Rostock).

455. Renner (Graz), **Ein Tiefenreflex an der Fußsohle.** Med. Klin. **33**, 848. 1920.

Ausführliche Beschreibung eines bereits von anderen Autoren erwähnten physiologischen Aponeurosenreflexes, der durch Beklopfen der Fußsohle in ihrem lateralen Teil ausgelöst wird und sich durch Plantarflexion des Fußes im Sprunggelenk äußert. Verf. hält den Reflex für empfindlicher als den Achillessehnenreflex und leitet daraus eine frühdiagnostische Bedeutung ab. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

V. Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie.

456. Mayer-Gross, W. (Heidelberg), **Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose.** Vortrag a. d. südwestd. Psychiater-Versammlung in Karlsruhe, November 1920.

Von einer kurzen grundsätzlichen Rechtfertigung psychologischer Betrachtungsweise im Schizophreniegebiet unter Hinweis auf die Ergebnislosigkeit des bisherigen Wartens auf eine somatische Lösung ausgehend, werden als ein Teilproblem des Themas bestimmte Fälle gekennzeichnet, bei denen die Alternative: „Einsicht oder Einsichtslosigkeit" nicht ausreicht, um die Stellungnahme zu einem abgelaufenen Erkrankungsschub zu charakterisieren. Weder die Annahme einer intellektuellen Schwäche, noch die Feststellung eines sog. Residualwahns, noch das Schlagwort von der „Veränderung der Persönlichkeit" sind geeignet, den Sachverhalt zu klären und verständlich zu machen. Da die meisten Schizophrenen die Erlebnisse der akuten Erkrankung nicht als Krankheit, sondern als ein Schicksal wie andere in ihren bisherigen Erfahrungsbestand einzureihen bestrebt sind, ist der Versuch gerechtfertigt, ihr Verhalten nach dem Schub mit dem des Gesunden nach einem tief einschneidenden Erlebnis zu analogisieren. — An Beispielen aus der normalen Psychologie läßt sich zeigen, daß das Fehlen einer objektiven Stellungnahme zu einem vergangenen Erlebnis bedingt ist durch Nachwirkungen besonderer Art, die von dem Erlebnis ausgehen; diese emotionalen Nachwirkungen haben wiederum ihre verständliche Wurzel in einem Bestandteil der Persönlichkeit, der als das sachliche Kontinuum des Selbst das Maß darstellt, nach dem die Vergangenheit der Individualität von ihr selbst gedeutet und ihre Zukunft entworfen wird. Es handelt sich um einen Kreis von Werten, die Bedingung der Existenz des Individuums als solchem sind: die Existenzwerte. Was an sie rührt, sie verletzt, ändert, mehrt, sind die Erlebnisse, die von jenen Nachwirkungen gefolgt sind. Ihnen ist eine Tendenz zur Kontinuität besonderer Art eigen, die als eine unendliche, nie ganz erfüllte Aufgabe für die Formen der Nachwirkung bestimmend wird. — Der Erfüllung dieser Aufgabe kommt die Einschmelzung am nächsten, bei der auch Fremdartiges dem vorhandenen Wertekreis amalgamiert wird, ohne daß es ihn zu erschüttern



vermag. Ihr entspricht als entgegengesetztes Extrem, die Verzweiflung, die aus der völligen Zerstörung der Existenzwerte durch das Schicksal entsteht und ein Weiterexistieren unmöglich macht. — Zwischen diesen beiden äußersten Möglichkeiten läßt die Forderung der Kontinuität drei Formen der Nachwirkung entstehen: Entweder wird, nachdem einmal die Existenzwerte erschüttert sind, die Brücke nach rückwärts völlig abgebrochen; ganz von vorne wird nach der Psychose begonnen — ein „neues Leben", als ob zuvor kein Kontinuum bestanden hätte. Hierher gehören unter anderen jene Fälle, wo eine kleine Tätigkeit in beschränktem Kreis einem zuvor mit großen Zielen erfüllten Menschen zu genügen scheint; erst wenn man auf die Zeit vor der Psychose und die Krankheit selbst zu sprechen kommt, merkt man an Reproduktionswiderständen und Ausdrucksbewegungen, wo der Schwerpunkt seiner Existenz liegt und daß das „neue Leben" nur ein schattenhaftes Scheindasein ist. Die zweite Spielart bedient sich der Fiktion, als ob die Kontinuität überhaupt nicht unterbrochen wäre. Das Erlebnis wird scheinbar in seiner Tragweite gar nicht anerkannt, mit allen äußeren Mitteln wird die Fortsetzung der Existenz vor dem Schub versucht, die, tiefer gesehen, gar nicht fortgesetzt werden kann. Es wird versucht, die Psychose aus der Gesamtheit des seelischen Ablaufs auszuscheiden. Wenn man die Rede auf die Psychose bringt und sie in ihren Einzelheiten bespricht, zeigt es sich, daß die Erkrankung wie etwas völlig Fremdartiges in die scheinbar ungebrochene Kontinuität eingesprengt ist, aber nicht als gleichgültig und abgetan, sondern unzugänglich einer unbefangenen Betrachtung und einer objektiven Stellungnahme. — Bei einer dritten Nachwirkungsform endlich wird, wie bei der ersten, die Psychose der Ausgangspunkt zu einer neuen Existenz; aber nicht, wie dort, wird sie selbst und alles vor ihr fluchtartig im Stiche gelassen, sondern das, was in der Krankheit erlebt wurde, wird zur Keimzelle eines neuen Weltbildes, dem das Leben in der Zeit vor der Erkrankung als Irrweg gegenübergestellt wird. Die Vorzeichen der Werte werden vertauscht, ein Vorgang, der dem, was die Religionspsychologen als Bekehrung beschrieben haben, nahekommt. — Die Aufstellung dieser Typen ergab sich bei der Durchsicht eines größeren Materials gelegentlich von Katamnesen und Nachuntersuchungen von Rentenempfängern. Doch fanden sich auch Schizophrene ohne jede Nachwirkung mit objektiver Stellungnahme, so daß bei diagnostischen Folgerungen Vorsicht geboten ist. Das Ziel der Untersuchung ist auch zunächst nur psychologische Klärung und Ordnung. (Die Arbeit erscheint ausführlich im Originalienteil der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.)

Diskussion. Homburger (Heidelberg): Die von dem Vortragenden hervorgehobenen Existenzwerte haben eine sehr weittragende, über den hier angezogenen Bereich hinausreichende Bedeutung. In Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters habe ich schon seit längerer Zeit darauf hingewiesen, daß das Verständnis der kindlichen Konflikte, ihrer Entstehung und ihrer Tragweite im kindlichen Seelenleben und für später ausgehen muß von der Auffassung, daß in den Konflikten die Verteidigung bestrittener Werte das Wesentliche ist. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Selbsterhaltung, Selbstschutz, Selbstbehauptung, Selbstbestimmung, Selbstgefühl, Selbstbewußtsein, Selbstbesinnung, Selbstbeschränkung, Selbstachtung, Selbsterziehung, Selbständigkeit, Selbstver-



antwortung, die sich im Laufe der Kindheit entsprechend der verschiedenen Anlage und den äußeren Einwirkungen zu verschiedenen Zeiten als wertbetonte seelische Gebilde, Strebungen, Gefühle, Stellungnahmen, Anschauungen herausbilden und gegenüber anderen Wertklassen Vorzugsstellung einnehmen. Charakter- und Persönlichkeitsentwicklung können ohne Berücksichtigung dieses Systems von Werten überhaupt nicht verstanden werden. Insbesondere können Konflikte beim Kinde nur entstehen, wo Werte bereits erworben wurden, bestritten und als bestritten erlebt und mit den Mitteln, die dem Kinde zur Verfügung stehen, verteidigt werden. Die Stärke der Wertbetonung und des Angriffserlebnisses, die Wehrhaftigkeit oder Wehrlosigkeit des Kindes bestimmen Ablauf und Ausgang des Konfliktes. Das Ganze des Konfliktes, sein Anlaß, sein Wertbereich, sein Ablauf, seine Entscheidung, die Häufigkeit, Gleich- oder Vielartigkeit, die Schwere der Konflikte beeinflussen die Persönlichkeitsentwicklung nachhaltig. Das Selbst, auf welches diese Klasse von Werten sich bezieht, ist eben das Zentrum der Persönlichkeit, als eine ihrer besonderen Eigenart, ihres in sich geschlossenen Soseins sich bewußten Individualität im Gegensatz zum Ich, das sich seiner einfach als Träger seelischer Vorgänge bewußt ist.

Sommer (Gießen) weist darauf hin, daß die Untersuchung der Vorstellungskomplexe und der Reaktionstypen auf dem Boden der experimentellen Psychologie und Familienforschung erwachsen ist. Die Wiener Schule hat das Verdienst, eine bestimmte Gruppe von Vorstellungskomplexen, nämlich die sexuellen, besonders hervorgehoben zu haben. Andererseits darf man sich nicht nur auf diese Gruppe von Komplexen beschränken, sondern muß das Problem in umfassender Weise behandeln. Von diesem Gesichtspunkt hat die Einschränkung auf die Sexualkomplexe in einer Reihe von Punkten geradezu hemmend gewirkt. Sommer weist besonders auf die Untersuchung der subjektiv präformierten Reaktionen bei den Assoziationsexperimenten hin. Eigenbericht (durch Hauptmann).

457. Travaglino, P. H. M., Die Psychose des Eingeborenen in Zusammenhang mit seinem Charakter. Geneesk. Tijdschr. v. Ned.-Indië **60**, H. 1.

Nicht kurz zu referieren. van der Torren (Castricum).

458. Binswanger, K., Über schizoide Alkoholiker. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 127.

Aus der psychiatrisch so uneinheitlichen Menge der Trinker wird an der Hand von Fällen eine Gruppe herausgehoben, bei der der Alkoholismus auf dem Boden einer schizoiden Persönlichkeit wuchs, wobei es aber dahingestellt gelassen wird, ob man von wirklicher Schizophrenie, „schizoider Psychopathie“ oder einfach von einer Charakterveränderung „in der Richtung der Schizophrenie“ reden will. Was diese Trinker kennzeichnet, ist ihr im Vergleich zum gewöhnlichen Alkoholiker verschiedenes affektives Verhalten. Es fehlt das bekannte reumütige Wesen, es fehlen die Versprechungen, es fehlt der joviale Trinkerhumor. Die schizoiden Alkoholiker sind merkwürdig indifferent ihrer Situation gegenüber, ohne Rapport mit Arzt, Angehörigen und Mitkranken, ohne das den anderen Trinkern eigene Schwanken der Gefühlslage und inadäquat in ihren Reaktionen, was wohl auf innere Verstimmungen zurückzuführen ist. Die Einsichtslosigkeit und Diskussionsunfähigkeit ist stärker als bei den anderen Trinkern und dauernd; über Zukunft und Geschäftslage bestehen nur verschwommene Vorstellungen. Die Prognose ist auch ohne völlige Abstinenz nicht ganz schlecht. Schneider.

459. Schneider, Kurt, Zur Frage des sensitiven Beziehungswahns. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **59**, 51.

Ein interessanter Fall von akuter Psychose mit beziehungswahnhaften Inhalten, welche auch nach Abklingen des akuten Zustandes bestehen bleiben,



ohne daß die Persönlichkeit irgendeine Rückbildung erfährt. Der Fall, der klinisch ins Paraphreniegebiet gehört, wird vom Verf. mit eindringender psychologischer Vertiefung dargestellt. Verf. weist auch mit Recht darauf hin, daß der Fall sich in den Symptomen und den Erlebniszusammenhängen der Psychose eng mit 2 Fällen aus Kretschmers „Sensitivem Beziehungswahn" berührt. Aber — und das ist das Wesentliche —: ihm fehlt gänzlich das entscheidende Erlebnis, welches in den Fällen Kretschmers den Anstoß gibt zur reaktiven Entwicklung der beziehungswahnhaften Psychose. Fällt aber dies reaktive Moment, fällt der Erlebnisfaktor in der Bildung des sensitiven Beziehungswahnes als wesentlich fort, so scheint, wie Verf. bemerkt, der sensitive Beziehungswahn als psychopathisch-reaktives Krankheitsbild in Frage gestellt, selbst wenn wir seine eigene Typik unter den paranoiden Psychosen und den charakterogenen Faktor in ihm anerkennen. Kronfeld (Berlin).

460. Schneider, Kurt, Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **59**, 281 ff.

Verf. macht sich die Darstellung von Max Scheler zu eigen, nach welcher sich an Gefühlen nicht nur verschiedene Intensitäten und Qualitäten unterscheiden lassen, sondern auch eine „Schichtung" nach verschiedenen „Tiefen". Er nimmt vier solcher Schichten an: die sinnlichen Gefühle — niemals intentional, nur als aktuelle Tatbestände gegeben, punktuell, nicht sinnhaft. Ferner das Lebensgefühl — an das Leibich gebunden, inbezug auf dasselbe sinnhaft und subjektives Anzeichen. Die seelischen Gefühle — echte Ichqualitäten, motivierte Anzeichen sinnhafter Art von Ichzuständen. Die geistigen Gefühle — ohne Ichzuständlichkeit, auf außerpersönliche Wertverhalte gerichtet, durch sie motiviert und für sie bedeutsam. (Wie ich glaube, sind die von Scheler gegebenen Unterscheidungen nur teilweise spezifisch; und im letzteren Falle sind sie, soweit sie nicht Qualitäten betreffen, auf die intentionale Materie zurückzuführen. Die „Schichtung" kann doch nur bildlich verstanden werden, ebenso wie die „Tiefe" dieser Gefühlsschichten!) — Verf. gibt diesem Schelerschen Gedanken eine Anwendung auf die emotionalen Vorgänge bei Depressionen. In der endogenen Depression wiege die Störung der Vitalgefühle vor; sie beherrsche das depressive Bild. Bei der reaktiven Depression hingegen komme ihnen nur ein sekundärer Charakter zu. Beide Depressionen lägen also in verschiedenen emotionalen Schichten. Beim manisch-depressiven Mischzustand seien es niemals Gefühle derselben Schicht, die mit gegensätzlichen Vorzeichen simultan aufträten. Dies sei der Typus der schizophrenen Emotionalität. Verf. ist sich klar, daß es sich bei diesen Festsetzungen nur um Herausarbeitung von Typen handelt, denen die Tatsachen nicht immer entsprechen.

Kronfeld (Berlin).

461. van Hasselt, J. A., Carcinommetastasen im Gehirn. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 2441. 1920.

Primärer Tumor unbekannt. Geringe somatische Symptome bei großer Verbreitung der Metastasen, auch im übrigen Körper. Starke Störung der Einprägung, Verwirrtheit und Konfabulationen. van der Torren.



462. Pfeilschmidt, Über einen Fall von chronischer Manie. Arch. f. Psych. **62**, 560. 1920.

Der nicht erblich belastete Patient war in der Kindheit bereits auffällig, mit 14 Jahren Depression, mit Schwankungen 10 Jahre andauernd, sodann Mischzustand, allmählicher Übergang in chronische Hypomanie (seit 1894), kein Intelligenzverfall, vorwiegend räsonnierende und querulierende Stimmungslage. Verf. reiht den Fall dem manisch-depressiven Irresein ein.

Hennberg.

463. Hauptmann (Freiburg), **Über diagnostische Cutanreaktionen bei Dementia praecox.** Vortrag a. d. südwestd. Psychiater-Versammlung in Karlsruhe, November 1920.

Vielfache Beobachtungen über den Zusammenhang psychischer und innersekretorischer Störungen sollten den Psychiater veranlassen, diesem Problem seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, nicht etwa, um hierdurch das Wesen psychischer Vorgänge zu erforschen, sondern um das Wesen gewisser Psychosen, sofern sie Krankheiten sind, kennenzulernen. Kaum übersehbare Schwierigkeiten bieten sich der Forschung, da einmal der Kreis der in Betracht kommenden Organe sich über die „Drüsen ohne Ausführungsgang" beträchtlich erweitert hat, und Geschlechtsdrüsen, Leber, Milz, Speicheldrüsen, Brustdrüse, Thymus, Lymphdrüsen, Knochenmark, sowie überhaupt das ganze hämatopoetische System umfaßt, da ferner diese Organe sich alle gegenseitig beeinflussen, und schließlich unsere pharmakologischen, chemischen, cytologischen und biologischen Untersuchungsmethoden noch ein sehr ungenügendes Rüstzeug darstellen. — Zur Illustrierung des Zusammenhanges von psychischen und innersekretorischen Störungen wird auf die dem Zustandsbild der Manie gleichenden Basedowpsychosen hingewiesen; umgekehrt entspricht der Hypofunktion der Schilddrüse bei Myxödem eine Verlangsamung und Erschwerung der geistigen Tätigkeit und ein Mangel an Affektregungen; ähnlich der Kretinismus. Thyreoidektomierte Tiere zeigen katatonoide Symptome; die muskulären Veränderungen entsprechen den bei bestimmten Vergiftungen beobachteten. Goldstein hat an den Muskeln bei Dementia praecox elektrische Anomalien nachgewiesen, die gewisse Beziehungen zur Tetanie (Nebenschilddrüse) erkennen lasseu. Kraepelin hat auf das Facialisphänomen bei Dementia praecox hingewiesen. Hauptmann hat bei Katatonikern eine Beschleunigung der Blutgerinnungszeit (Hypofunktion der Thyreoidea) gefunden. Der bisweilen bestrittene Einfluß der Geschlechtsdrüsen auf die Psyche scheint Vortr. zweifellos. Im Zusammenhang mit dem heutigen Thema sei nur auf den Fettansatz bei Kastraten hingewiesen, dessen Auftreten in späteren Stadien der Dementia praecox interessante Parallelen hierzu bietet, und auf den bei Schizophrenen beobachteten Infantilismus (Kraepelin). — Die bei der parenteralen Eiweißverdauung auftretenden anaphylaktischen Erscheinungen, seien es plötzliche (Schock), seien es weniger akute (wie Muskelstarre, Juckreiz, flüchtige Ödeme, Urticaria, Schweißausbruch, Exzitationen, Depressionen, anatomische Veränderungen im Gehirn) haben schon häufig (allerdings oft viel zu geradlinig) dazu geführt, ähnliche bei Dementia praecox beobachtete Symptome



als auf Anaphylaxie beruhend anzusprechen. Prinzipiell ist zuzugeben, daß manche psychischen Anomalien bei Dementia praecox nur toxisch zu erklären sind. Die bekannten Versuche Bergers haben auch das Vorhandensein giftiger Stoffe im Blute von Katatonikern wahrscheinlich gemacht. Die Anfälle zeigen gewisse Parallelen zum anaphylaktischen Schock; sie treten nur, ebenso wie die weniger akuten oben genannten anaphylaktischen Zeichen, zu selten auf, als daß man berechtigt wäre, die „Krankheit" Dementia praecox auf Anaphylaxie zurückzuführen. — Mag auch die praktische Bedeutung der Abderhaldenreaktion für die Psychiatrie überschätzt worden sein, die Tatsache des (auch neuerdings wieder von Ewald-Erlangen bestätigten) ziemlich regelmäßigen Abbaus von Gehirn, Thyreoidea und Geschlechtsdrüse bei Dementia praecox erscheint beachtenswert. Vortr. hat schon 1914 versucht, die Schwierigkeiten der Abderhaldenreaktion durch eine Cutanreaktion analog der Pirquet- oder Luetinreaktion zu umgehen, angeregt durch die Mitteilung einer bei Graviden auftretenden, mit Placentarextrakt angestellten Cutanreaktion (Engelhorn und Wintz). Versuche mit Gehirn und Schilddrüse brachten kein einwandfreies Ergebnis, sind aber, da durch den Krieg unterbrochen, noch nicht als erledigt zu betrachten. Ungefähr in ähnliche Richtung weisende neue Versuche von Sagel (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **53**, 312) wurden deshalb von Vortr. nachgeprüft. Sagel nimmt (auf Grund von Beobachtungen und Überlegungen, die im Original nachgelesen werden müssen) an, daß bei Dementia praecox ein Durchtritt von unabgebautem Eiweiß durch die Darmwand statthat, das dann zum Auftreten anaphylaktischer Erscheinungen Anlaß gibt. Cutanimpfungen mit Rinderserum zeitigten bei Katatonikern und Hebephrenen eine Reaktion; Idioten, Imbezille, Paralytiker und Paranoiker reagierten negativ. Die Begründung der Theorie, deren Möglichkeit zugegeben werden kann, scheint Vortr. noch unzureichend. Auffallend (mit Rücksicht auf unsere doch noch recht unsichere Diagnostik) ist dann das vollkommene Ausbleiben von Fehlresultaten. Unter den Nichtschizophrenen fehlen außerdem einige Kategorien, deren Prüfung gerade mit Rücksicht auf anaphylaktische Erscheinungen bzw. Stoffwechselstörungen von großer Bedeutung gewesen wäre, nämlich Epilepsie, manischdepressives Irresein, Alkoholismus. — Nachprüfungen wurden an 667 Fällen angestellt. Da Verdünnungen von 1 : 50 auch bei Schizophrenen zu schwache, zu wenige und schwer eindeutig zu beurteilende Reaktionen gaben, wurde schließlich konzentriertes Serum angewandt. Ein Vergleich mit den Sagelschen Befunden und eine Kritik der Reaktion ist aber trotzdem möglich, da die Differenzen bei verschiedener Konzentration nur quantitativ waren. Die Reaktion war nach 24—28 Stunden am deutlichsten; als positiv wurde nur ein deutlicher roter Hof um die Einstichstelle herum bewertet, nicht eine Veränderung der Stichstelle selbst, da es sich hierbei um eine unspezifische Reaktion auf die mechanische Verletzung handeln konnte. Unter allen Schizophrenen (einschließlich der Dementia paranoides) reagierten nur 24% positiv. Die Differenzen gegenüber Sagel lassen sich nicht durch gesonderte Betrachtung alter und frischer Fälle oder von Männern und Frauen erklären. Der geringe Prozentsatz würde der Bedeutung der Reaktion



keinen Eintrag tun, da man auf diese Weise aus der Gesamtheit der Schizophreniegruppe gewisse Fälle hätte isolieren können, deren genaue Betrachtung dann vielleicht auch psychisch manches Gemeinsame zutage gefördert hätte; auch eine positive Reaktion bei einzelnen Fällen der Dementia paranoides hätte vielleicht zu einer Absonderung solcher enger zu Schizophrenie gehöriger Krankheitsbilder führen können, was nur einem auch von der psychischen Seite her kommenden Bedürfnis entsprochen hätte. Der Wert der Reaktion in praktischer und theoretischer Hinsicht fällt aber durch den hohen Prozentsatz an positiven Resultaten auch bei Nichtschizophrenen: 17,6% bei manisch-depressivem Irresein, 37,5% bei Imbezillen, 16,6% bei Alkoholisten, 20% bei Psychopathen. Negative Resultate fanden sich bei Paralyse, einigen Fällen von Arteriosklerose, Encephalitis und Hirnembolie. Trotz der vorläufigen (die Versuche werden fortgesetzt) Ablehnung der Reaktion bleibt die Forschungsrichtung beachtenswert. Es soll versucht werden mit spezifischeren Eiweißsubstanzen (Organpräparaten, wie sie zu den früheren Versuchen des Vortr. gehörten, vor allem auch mit Hoden- bzw. Ovariensubstanz) Cutanimpfungen anzustellen. Vielleicht auch bringen intravenöse Applikationen charakteristischere Reaktionen. Derartige Versuche haben auch therapeutisches Interesse: Beobachtungen von Verschwinden schizophrener Symptome durch eine interkurrente fieberhafte Erkrankung lassen daran denken, durch Einverleibung von Eiweißkörpern auf parenteralem Wege und dadurch herbeigeführte künstliche Anaphylaxie den hypothetischen primären krankhaften fermentativen Eiweißabbauprozeß zu stören. (Die seit langem und in letzter Zeit mit besonderer Energie aufgenommenen Behandlungsversuche der Paralyse mit fiebererregenden Mitteln, Bakterieneiweiß und lebenden Bakterien u. a. Mikroorganismen bilden in vielfacher Hinsicht ein Analogon hierzu.) An der Freiburger Klinik sind in dieser Richtung Versuche mit einem leicht abbaufähigen, auch bei anderen Affektionen mit theoretisch zwar noch ungeklärtem, aber doch praktisch nicht zu leugnendem Erfolge angewandten Eiweißpräparat, dem „Caseosan", im Gange. Es wäre auch die Frage zu ventilieren, ob man nicht durch Implantation von funktionstüchtigem Geschlechtsdrüsengewebe (nach dem Vorgange von Steinach) versuchen sollte, den Krankheitsprozeß der Dementia praecox zu beeinflussen; die Unbeeinflußbarkeit des Prozesses durch Kastration, die man ja früher vielfach versucht hat, spricht nicht gegen einen solchen Versuch, da es sich damals um die Entfernung einer möglicherweise toxische Substanzen liefernden Drüse handelte, während dem jetzigen Vorschlag des Vortr. die Überlegung vom Fehlen eines für den psychischen Organismus notwendigen Produktes zugrunde liegt. Eigenbericht.

464. Fränkel (Stuttgart), **Über die psychiatrische Bedeutung der Erkrankung der subcorticalen Ganglien.** Vortrag a. d. südwestd. Psychiater-Versammlung, Karlsruhe, Nov. 1920.

In demselben Jahr, in dem Edinger unsere Unkenntnis über die Funktionen des Corpus striatum als Beweis für die Unzulänglichkeit unserer Beobachtungsfähigkeit hinstellte, erschien Wilsons Monographie über die progressive lenticuläre Degeneration. Das große Material, das seitdem über die extrapyramidalen Bewegungsstörungen sich angesammelt hat, hat fast ausschließlich das Interesse



der Neurologen erregt, und die Erkenntnis, damit aber zugleich die Problematik hirnphysiologischer Fragen erhöht; und doch bieten diese Erkrankungen auch in psychiatrischer Hinsicht sehr wichtige Anregungen. Schon Edinger betont, daß wahrscheinlich ein gutes Teil von dem, was man kurz als Spontaneität der Bewegung bezeichnet, durch das Striatum vermittelt wird, d. h. also, daß gerade ein psychischer Teil des Bewegungsvorganges an die Funktion dieses Hirnteils geknüpft ist. In der Tat ergibt die Durchsicht der Kasuistik über die Wilsonsche Krankheit und der damit identischen Pseudosklerose, daß in weitaus der meisten Zahl der Krankheitsfälle schwere psychische Störungen verzeichnet werden, wenn auch das seelische Moment nur ungenau und summarisch berücksichtigt ist. Eine der besten und genauesten Schilderungen findet sich bei dem Entdecker der Pseudosklerose, C. Westphal. Hier werden von dem früher gesunden Patienten schwere Wutanfälle berichtet, bei denen er laut schrie und brüllte, mitunter auch gewalttätig wurde, so daß er isoliert werden mußte. Daneben traten traumhafte Zustände auf, in denen der Kranke keine Nahrung zu sich nimmt, unreinlich ist, und nach deren Abklingen er über eigenartige Sensationen klagt, er habe so ein putziges Gefühl gehabt, es sei ihm gewesen, als ob ihm die Knochen entzweigebrochen wären. In der weiteren Beobachtung wechselte Besserung und Verschlimmerung des Zustandes, es kam mitunter zu Illusionen und Halluzinationen, schließlich nahm die Reizbarkeit einen chronischen Charakter an. Ein Jahr vor seinem Tode verzeichnet die Krankengeschichte wieder Anfälle heftiger Wut, er ist äußerst reizbar, zum Teil sicher auf Grund von Gehörsillusionen oder Halluzinationen; zu andern Zeiten friedlich heiterer Stimmung, wobei er gutes Gedächtnis, richtiges Urteil über Ort und Zeit aufwies. Geringer sind die seelischen Erscheinungen in dem andern Westphalschen Fall. Es handelt sich dort um eine intellektuelle Schwäche, ohne daß Sinnestäuschungen beobachtet wurden, aber Westphal schreibt, daß diese intellektuelle Schwäche Eigentümlichkeiten zeigte. Bei auffallendem Mangel an Spontaneität und gleichbleibender Indifferenz der Gemütslage war die Auffassung und das Verständnis relativ gut, ferner erwähnt er eine Art Beharrungsvermögen für gleichgültige Phrasen, wie bei Aphasischen. Ähnliche Krankheitsbilder finden sich angedeutet auch in Fällen von Strümpell und anderen. Auch Fleischers Kranke waren psychisch stark alteriert und in ihrem Verhalten durchaus ähnlich den Katatonikern. Wilson selbst warnt vor Unterschätzung des psychischen Faktors und sieht in einer gewissen Fügsamkeit, Leichtigkeit, Kindlichkeit, Euphorie, erhöhter Reizbarkeit das Charakteristische; bei seinen Kranken kam es nicht zur Demenz, die jedoch in anderen Fällen (Maas u. a.) vorhanden ist. Auch die andern Typen der Erkrankungen der Basalganglien (Athétose double, Torsionsspasmus, Pseudobulbärparalyse, Formen der Chorea) zeigen seelische Auffälligkeiten. Sehr instruktiv sind in psychiatrischer Hinsicht die berichteten Fälle von Paralysis agitans sine agitatione, so der Fall von Helene Deutsch (schwerer Stupor nach Erdrosselungsversuch); ebenso berichtet Bauser von einem 19jährigen, der sich aus Spielerei erhängte und bei dem sich ein Zustand von Apathie ausbildete. Auch das Korsakoff-Syndrom bei derartigen Traumen (E. Meyer) ist begleitet von Spannungszuständen in der Muskulatur und den bei lenticulären Erkrankungen so häufigen Sprachstörungen. Sehr wesentlich erscheint die an dem Material des Bürgerhospitals festgestellte Neigung zu Perseverationen im Assoziationsversuch, besonders im Beginn der Wilsonschen Krankheit bei völlig erhaltener Intelligenz und ohne daß Zeichen geistiger Verarmung feststellbar sind. — Auf der andern Seite sind die körperlichen Begleitsymptome der Katatonie denen der striären Erkrankungen durchaus analog. Hier wie dort kommt es zur Alteration des Vasomotoriums (Schweißausbrüchen), splanchnischen Erscheinungen, epileptiformen Anfällen, und besonders die Bewegungsstörung, die Spannungszustände und die hyperkinetischen Erscheinungen, die beobachtet werden in den katatonen Fällen der Schizophrenie (athetoseartige Bewegungen, Grimassieren, Schnauzkrämpfe usw.) weisen mehr auf eine körperliche Grundlage hin, als auf die Wahrscheinlichkeit einer psychologischen Ausdeutung. Selbst die Pupillenstörungen, die Blaseninkontinenz könnten anatomisch sich eher erklären lassen. — Kleist hat die psychomotorischen Bewegungsstörungen der Geisteskranken, sowohl die akinetischen wie die hyperkinetischen, aufgefaßt als

Folge einer Störung im Stirnhirn-Kleinhirnsystem. Er sieht besonders in den schweren Fällen psychomotorischer Apraxie und Aphasie die Stirnhirnrinde als den Sitz der Krankheit an, wenn er auch gelegentlich die Mitbeteiligung der subcorticalen Ganglien erwähnt. Nun führen, abgesehen von den klinischen, gerade psychologische Erwägungen dazu, nicht die Rinde, sondern die grauen Kerne für die körperlichen, wie auch für die psychischen Störungen verantwortlich zu machen, nämlich wenn man, wie es besonders Berze tut, gerade den intentionalen Faktor berücksichtigt und die Erscheinungen des Ausfalls des Antriebes zur Bewegung ebenso wie die einer gesteigerten Affektivität bzw. einer Affektverblödung als Zeichen einer Insuffizienz der psychischen Aktivität ausdeutet. Berze nimmt an, daß möglicherweise der Thalamus opticus das Organ ist, von dem aus eine Regulierung intentionaler Akte erfolge. So führen klinische und psychologische Erwägungen dazu, die psychiatrische Beobachtung von Fällen mit Basalganglienerkrankung besonders zu fordern, zumal auch sonst symptomatische Psychosen, wie wir sie z. B. bei der Encephalitisepidemie erlebt haben, wie sie bei Kohlenoxydvergiftungen beobachtet werden, für eine besondere Empfänglichkeit dieser Hirnteile gegen toxische Einflüsse spricht. — (Eine ausführliche Mitteilung der hier nur andeutungsweise gegebenen Gedankengänge und des Beobachtungsmaterials wird in Kürze folgen.)

Diskussion. Hauptmann (Freiburg): Man darf bei der Zurückführung der psychischen Störungen auf das Corpus striatum nicht außer acht lassen, daß genaue (Spielmeyer) histologische Untersuchungen in Fällen von Wilson und Pseudosklerose auch weitgehende, der striären Erkrankung zum Teil analoge Prozesse in der Hirnrinde aufgedeckt haben. Zur Entscheidung der Frage, ob eine Veränderung des Corpus striatum psychische Störungen schafft, sind also Fälle von Wilson und Pseudosklerose allein nicht ausreichend. Ein Mangel an Spontaneität braucht nicht immer rein als primäre psychische Störung aufgefaßt zu werden, er kann vielmehr nur dadurch zustande kommen, daß die Patienten infolge der durch den Hypertonus bedingten Bewegungserschwerung absichtlich zurückhaltender sind. Die Störung sitzt also dann gewissermaßen nicht zentral, sondern peripher. Hauptmann konnte diesen Mechanismus an einem geistig hochstehenden (Student) und sehr genau über sich Auskunft gebenden Patienten studieren, der nach einer Grippeencephalitis die Erscheinungen einer Lenticuläraffektion bot, und, abgesehen von der rein äußeren Erscheinung, hinsichtlich der psychischen Vorgänge keineswegs einen Mangel an Spontaneität zeigte.

Sommer (Gießen). Sommer betont die Besonderheiten des Katatonieproblems, die durch die Einreihung der Katatonie in den unitarischen Begriff der Dementia praecox mehr verdeckt als geklärt werden. Es handelt sich psychophysiologisch um die Frage, wie psychomotorisch veranlaßte Haltungen und Bewegungen zu unwillkürlichen Zuckungen und automatischen Bewegungsreihen werden können. Die Katatonie kann nur bei zusammenfassender Vergleichung der Symptome mit den Muskelspannungen bei Encephalitis nach Grippe, ferner bei der tonischen Form der Paralysis agitans sowie bei multipler Sklerose u. a. Muskelspannungskrankheiten begriffen werden. Es ist jedoch durchaus falsch, aus dem Übergang von psychomotorischen Spannungen in unwillkürliche Haltungen und Bewegungsreihen auf den organischen Charakter der Katatonie zu schließen. Das physiologische Tertium comparationis liegt in der Lokalisation der cerebral bedingten Symptome, sie kann im medizinischen Sinne funktionell oder organisch sein. Hierbei haben die großen Ganglien der Großhirnhemisphären sehr wahrscheinlich eine ausschlaggebende Bedeutung.

Fränkel (Schlußwort): Wenn von Herrn Hauptmann darauf hingewiesen wird, daß anatomische Untersuchungen in einigen Fällen die Beteiligung der Hirnrinde nachwiesen, so stehen dem eine Reihe anderer, besonders frischer Erkrankungen gegenüber, bei denen keine Rindenerkrankung festgestellt werden konnte. Möglicherweise ist auch die Beteilung der Rinde als eine sekundäre aufzufassen, etwa in dem Sinne, daß die Mitaffektion der innersekretorischen Organe, wie man sie bei Wilsonscher Erkrankung und bei der Katatonie nachgewiesen hat, zu dem von Fauser so bezeichneten Metaprozeß führen, d. h. daß die durch die Dysfunktion der Drüsen entstandenen Fermente ihrerseits wieder eine Schädigung



der Gehirnteile bedingen. Daß der Ausfall an Spontaneität nicht allein durch den Spannungszustand der Muskulatur erklärt werden kann, wie Hauptmann es meint, zeigen die Fälle von Apathie ohne besonderen Rigor. Im übrigen könne, wie Kretschmer schon hervorgehoben hat in seiner Studie über die Willensapparate der Hysterischen, das körperliche und das seelische Moment hierbei nicht getrennt werden, vielmehr scheint es dem Ref., daß gerade diese Krankheitserscheinungen bei der Pseudosklerose auf der einen, bei der Katatonie auf der anderen Seite die enge Verknüpfung der beiden Faktoren beweisen.

Nach Eigenberichten durch Hauptmann.

VI. Allgemeine Therapie.

465. v. Steinrück (Konstanz), Über die Verwertung hypnotherapeutischer Kriegserfahrungen. Vortrag a. d. südwestdeutschen Psychiater-Versammlung zu Karlsruhe, November 1920.

Der Hypnotismus hat sich zwar seit zwei Jahrzehnten als wissenschaftliche Disziplin durchgesetzt, seine therapeutische Anwendung ist jedoch vor dem Kriege noch nicht Gemeingut der Psychiatrie gewesen. Die Neurotikerlazarette des Krieges haben dieses Ziel erheblich näher gebracht und neben vorübergehenden äußerlichen Erfolgen auch Werte geschaffen, die gehalten und weiter ausgebaut zu werden verdienen. — Hierher ist von technischen Einzelheiten die Kombination der Hypnose mit militärischer Exerzierbehandlung (Kehrer) — evtl. mit Unterstützung durch elektrischen Strom — zu rechnen. — Wichtiger sind die allgemeinen Wirkungen, die der Aufschwung der Hypnotherapie im Kriege sowohl dem psychotherapeutischen Handeln des Facharztes wie der bisher zu wenig gepflegten seelenärztlichen Einstellung des Praktikers gebracht hat. — Ist doch die Hypnose nichts anderes als eine besonders elementare, grobe und verhältnismäßig leicht erlernbare Form der seelischen Krankenbehandlung und als solche eine gute Schule für die allgemeine seelenärztliche Einstellung wie für die Beherrschung der feineren psychotherapeutischen Methoden. — Es ist Aufgabe der Anstaltspsychiatrie, am Ausbau der Hypnose mitzuarbeiten. Die Möglichkeit ihrer Anwendung bei Psychosen ist weiter zu erforschen. Auch in der allgemein einzuführenden poliklinischen Tätigkeit der Anstaltsärzte ist der Indikationsbereich der Hypnose über die bisher üblichen Grenzen hinaus auf die leicht psychotischen Zustände, auch schizophrener Art, auszudehnen. — Durch aufklärende Arbeit unter praktischen Ärzten und Publikum ist den Gefahren entgegenzuarbeiten, die von unkritischer Verwertung der Hypnose drohen und von der heutigen, zur Mystik neigenden Zeitströmung, die dem Kurpfuschertum so leicht in die Hände arbeitet.

Eigenbericht (durch Hauptmann).

466. Danziger, Therapie der Trigeminusneuralgie. Ärztlicher Verein zu Hamburg, Sitzung vom 30. XI. 1920.

Danziger berichtet über 2 Fälle von Trigeminusneuralgie, deren einer durch Alkoholinjektion ins Ganglion, der zweite durch Exstirpation desselben geheilt wurde. In ersterem entstand eine Partialanästhesie des 1. und 2. Astes, im zweiten stellte sich die Sensibilität partiell insbesondere in den medialen Partien des 2. und 3. Astes wieder her. Fr. Wohlwill.

467. Nordmann (Berlin-Schöneberg), **Behandlung des neuropathischen Fußgeschwürs mit Verlagerung sensibler Nerven.** Med. Klin. **31**, 797. 1920.

In einem Falle von 2 Jahre lang bestehender posttraumatischer Geschwürsbildung an Ferse und Wade gelang es, durch Verlagerung des Nervus peroneus superficialis an die Geschwürsstellen eine prompte Heilung zu erzielen. Verf. hebt die geringen Schwierigkeiten der Technik des Verfahrens, das er noch an 2 weiteren Fällen durchgeführt hat, hervor. Die durch die Transplantation hervorgerufene Anästhesie des Fußrückens kann gegenüber derjenigen der Fußsohle, die viel schwereren mechanischen Schädigungen ausgesetzt ist, als gefahrlos bezeichnet werden. Die Methode eignet sich naturgemäß nur für das nach peripheren Nervenverletzungen entstandene Ulcus. — Die vom Verf. gewünschte Nachprüfung des Verfahrens erscheint ganz besonders in Rücksicht auf die interessante neurologische Problemstellung notwendig. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

468. Bausamer (Rostock), **Über Meningitis serosa circumscripta des Konusgebietes.** Med. Klin. **31**, 802. 1920.

Die Symptome bei einer 55jährigen Frau waren: Linksseitige ischiasartige Schmerzen, Sphincterlähmung der Blase mit Aufhebung der Sensibilität für Harndrang und aufgehobener Empfindlichkeit der Harnröhre, völlige Anästhesie des Anus und Rectum, Anästhesie beim Coitus, Fehlen von Orgasmus, typische Reithosenanästhesie, links hyperästhetische Zone am Rumpf in Höhe des 12. Dorsalsegments, geringe Parese des linken Beins besonders der Peroneus- und Tibialisgruppe. — Die Diagnose wurde auf eine extramedulläre Erkrankung im Konusgebiet gestellt. Die Laminektomie ergab das Bestehen einer serösen Meningitis. Ein Tumor, der in Betracht gezogen war, wurde nicht gefunden. Nach der Operation trat auffallend schneller Rückgang der sensiblen Störungen auf. Verf. empfiehlt die Operation in zweifelhaften Fällen als bestes und sicherstes diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

469. Gödde, H., Die Behandlung postdiphtherischer Lähmungen mit antitoxischem Serum. Neurol. Centralbl. **39**, 532. 1920.

Verf. tritt für die Anwendung hoher A.-E. Diphtherieserum bei postdiphtherischen Lähmungen unter Mitteilung von 2 Fällen ein. Im ersten eines 48jährigen Mannes waren während der Diphtherie 2 Serumeinspritzungen von unbekannter Stärke gemacht worden. Es entwickelte sich Gaumen-, Kehlkopf-, Arm- und Beinlähmung. 9 Wochen nach Beginn der Lähmungen kommt er zur Aufnahme (fast völlige Parese der Arme und völlige der Beine, atrophische Muskulatur, P. S. R. und A. S. R. 0, Tricepsreflexe schwach, Bauchdeckenreflex +, Stimmbandlähmung). Er erhält 13500 A.-E. Di-Serum, und bereits nach 1 Woche während der letzten Spritzen setzt Besserung ein, die rasch fortschreitet, so daß er nach 7 Wochen entlassen werden kann. Der zweite Fall eines 27jährigen Mannes kommt $1^1/_2$ Mon. nach Beginn der Diphtherie in Behandlung. Es finden sich Gaumensegellähmung, Druckschmerzhaftigkeit der Muskulatur, Herabsetzung der Kraft in Armen und Beinen (aber noch alle Bewegungen möglich), Cremasterreflex 0, A. S. R. 0, P. S. R. 0, Bauchreflex +. Bei den ersten Spritzen erfolgte eine Besserung der Stimme, die Lähmungen an



Armen und Beinen nahmen aber noch zu, so daß es zu völliger Parese der Beine und fast völliger der Arme kommt. Patient erhält innerhalb 1 Mon. 92 000 A.-E. Di-Serum. Nun beginnt Besserung und macht gute Fortschritte. Bei der Entlassung ca. 2 Mon. später fehlen noch A. S. R. und P. S. R. — Di-Bacillen hatten in beiden Fällen nicht nachgewiesen werden können. Krambach (Berlin).

470. Taege, Karl, Quecksilbereinreibungen. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1045. 1920.

Verf. steht auf dem Standpunkt, daß die Einatmung des Hg das Wesentliche ist. 100 g Hg werden mit Terpentinöl und Bolus abgetötet, mit Bolus auf 500 g ergänzt und mit Wasser auf 1 l gebracht; dazu zur Verbesserung des Haftens auf der Haut einige Gramm Tragacanth. Die Mischung wird jeden 5. Tag mit der Hand über den ganzen Körper aufgestrichen. Krambach (Berlin).

471. Bruck, Carl, Über Erfolge mit der einzeitig kombinierten Salvarsansublimatbehandlung der Syphilis nach Linser. Münch. med. Wochenschr. **67**, 423. 1920.

Die Neosalvarsandosis, in 5 ccm Wasser gelöst, wird mit 2 ccm einer 1 proz. wässerigen Sublimatlösung gemischt; ca. 6 Injektionen in 5 tägigen Abständen; Gesamtdosis bei Männern 4 g Neosalvarsan + 0,14—0,18 Sublimat, bei Frauen 3—3,5 g Neosalvarsan + 0,14—0,18 Sublimat. 24 Fälle, vor allem von Frühlues, wurden mit 174 Injektionen behandelt. Bruck kommt zu folgender Zusammenfassung: 1. Die einzeitige intravenöse Kombinationsbehandlung nach Linser hat sich bei Frühlues als einfache, ohne irgendwelche Nebenerscheinungen durchführbare, in ihrer Wirkung auf Erscheinungen und Serumreaktion sehr befriedigende Methode erwiesen. Der zweizeitigen Neosalvarsan-Hg-Behandlung scheint sie mindestens gleichwertig, ermöglicht völlig schmerzfreie Behandlung und gewährt in zeitlicher und materieller Hinsicht dem Patienten Vorteile. 2. Ihre Dauerwirkung und Einfluß bei Spätlues muß weiterem Studium vorbehalten werden. 3. Eine gleichzeitige intravenöse Behandlung mit einer Mischung Neosalvarsan + Novasurol scheint bei gleich guter Verträglichkeit in ihrer Wirkung der Neosalvarsan-Sublimatbehandlung noch überlegen zu sein. Krambach (Berlin).

472. Fahr, Intralumbale Elektrargolinjektion. Ärztlicher Verein zu Hamburg, Sitzung vom 16. November 1920.

Fahr berichtet über den Sektionsbefund in einem Fall von Meningitis cerebrospinalis, bei dem intralumbale Elektrargolinjektion vorübergehende Besserung gebracht, aber den schließlichen Exitus nicht hatte verhindern können. Es fanden sich Silberteilchen in der Dura und Arachnoidea des Gehirns. Reichliche Phagocytose. Es gelangt ein solches Heilmittel also — und zwar ohne besondere Lagerung — an den gewünschten Ort. Fr. Wohlwill (Hamburg).

473. Anton und Voelcker, Vorschläge zur Befreiung des Venenkreislaufs und zur direkten Desinfektion des Gehirns. Münch. med. Wochenschr. **67**, 951. 1920.

Das System der venösen Versorgung des Gehirns und seiner Abfluß-



wege wird dargestellt. Durch Injektionen an Leichen ließen sich die beiden Venensysteme von Großhirn einerseits, von Hirnstamm und Ventrikel andrerseits gut sichtbar machen. Die Versuche führten zu folgenden Vorschlägen: Zur Ableitung soll nach Ausfräsung eines einmarkstückgroßen Knochenstücks die abpräparierte und umgeschlagene Vena jugularis interna in den Confluens sinuum einmündend gemacht werden. Vom Confluens sinuum gelingt die isolierte Punktion des Sinus longitudinalis (Venenstrom beider Hirnoberflächen) und des Sinus rectus (Vena Galeni und Hirnstamm). Von der gleichen Stelle gelingt die Injektion der von Pregl (Graz) dargestellten desinfizierenden jodhaltigen Flüssigkeit in die Venenbahn des Gehirns. Krambach (Berlin).

474. Müller-Braunschweig, Carl, Über die Schwierigkeiten in der Aneignung der Freudschen Psychoanalyse. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 971.

Dem Verf. des kurzen Aufsatzes fällt auf, „daß die Zahl der ausübenden Psychoanalytiker immer noch verhältnismäßig klein ist". Er meint, das komme von den Schwierigkeiten der Aneignung der Freudschen Methode; diese Schwierigkeiten sieht er im psychologischen Charakter der Methode, in der Notwendigkeit, sie ganz zum geistigen Besitz werden zu lassen und in der Abneigung gegen die Selbstanalyse, ohne die man nicht Psychoanalytiker im Freudschen Sinne werden kann. Gibt es nicht vielleicht doch auch andere Gründe für die relative Seltenheit der Freudschen Analytiker? Eugen Kahn (München).

475. Klewitz, Felix, Der jetzige Stand der nichtoperativen Behandlung der Basedowschen Krankheit. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 971.

Verf. stellt die Indikation zur nichtoperativen Therapie bei den formes frustes (Basedowoiden), bei den akuten und subakuten Fällen von Basedow, bei Fällen mit Herzinsuffizienz oder anderen komplizierenden Leiden und schließlich bei solchen, die schon erfolglos operiert worden sind oder sich überhaupt nicht operieren lassen wollen. Jod, Thymusdrüse und Ovarienpräparate werden fast gar nicht mehr gegeben. Arsen, Brom, phosphorsaures Natron kommen unter verschiedenen Bedingungen in Betracht. Antithyreoidin und Rodagen spielen eine Rolle. Besonders wichtig sind die physikalischen Heilmethoden: konstante Ströme, Röntgentiefenbestrahlung der Schilddrüse. Die physikalischen Methoden kann man zweckmäßig mit Antithyreoidingaben verbinden. Ruhe und entsprechende Ernährung sind unerläßlich. Eugen Kahn (München).

476. Schwalbach und Bucky, Über die Ergebnisse der Behandlung von Schußneuritiden mittels Diathermie. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1065. 1920.

Chirurgische Behandlung wurde im allgemeinen nur bei gleichzeitiger Unterbrechung der motorischen Leitfähigkeit vorgenommen. Sonst hatte bei den z. T. überaus heftigen Schmerzen Diathermiebehandlung sehr guten Erfolg. Von 51 Fällen wurden geheilt 36%, gebessert 62%. Die Behandlung ist längere Zeit täglich 20 Minuten fortzusetzen. Bisweilen steigern sich



in den ersten 8—10 Tagen die Schmerzen. Die mit Spiritus angefeuchteten Stanniolelektroden werden auf die Haut direkt aufgesetzt und durch eine Binde fixiert. Der Strom soll den Nerven mit möglichst großer Intensität (Vorsicht bei schweren Sensibilitätsstörungen) in der Längsrichtung durchfließen. Hand und Fuß werden in ein Gefäß mit 20% Kochsalzlösung getaucht. Krambach (Berlin).

477. Stern-Piper, Ludwig, Beitrag zur Therapie der multiplen Sklerose mit Silbersalvarsan. Münch. med. Wochenschr. **67**, 985. 1920.

43jähriger Ingenieur, vor 8 Jahren erkrankt mit Sensibilitätsstörungen an den Beinen, besonders an dem linken, Blasenschwäche, Aufhebung der Erektionsfähigkeit, schwerer Gehstörung, seit 7 Jahren stationärer Zustand, zeigt beiderseits Nystagmus,gesteigerte Patellar- und Achillesreflexe links > rechts, positiven Babinski und Oppenheim, fehlende Bauchreflexe, schwer spastisch-paretischen Gang (an 2 Stöcken), Hypästhesie am linken Bein, gleichzeitig Hyperalgesie, Liquor und Blut normal. Er erhält zunächst 100 g Unguentum Credé, 50 Pillen à 0,01 Argentum nitricum, dann intraglutäal kolloidales Silber (im ganzen 1,5 g), schließlich (pro Woche 2) Injektionen von Silbersalvarsan (Einzeldosis 0,1—0,2, Gesamtdosis 2,0). Nach 1,0 Silbersalvarsan deutliche fortschreitende Besserung des Ganges, jetzt kann er $^3/_4$ Stunden mit einem Stock gehen, Erektionen treten wieder auf, Blasenschwäche wesentlich gebessert, die oberen Bauchreflexe sind auszulösen (Nystagmus, Sensibilitäts- und Beinreflexstörungen unverändert). Bei einer anderen 3 Jahre bestehenden multiplen Sklerose, die aber zu Remissionen neigte, trat nach 2,0 Silbersalvarsan deutliche Besserung der Gehfähigkeit auf. Ein dritter Fall blieb unbeeinflußt.

Krambach (Berlin).

478. Zirn, Camillo, Die Syphilisbehandlung mit Hg-Salvarsan. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1017. 1920.

Zu dem in 4—5 ccm Wasser gelösten Neosalvarsan werden 1—$1^1/_2$ ccm 1 proz. Sublimatlösung in der Spritze aufgesaugt und zu einer undurchsichtigen Lösung durchschüttelt, in statu nascendi vorsichtig injiziert. Als Schema bewährte sich: 1. Tag: 0,15 Neosalvarsan + $^1/_4$ ccm Sublimat. 3. Tag: 0,3 Neosalvarsan + $^1/_2$ ccm Sublimat. 5 (bis 7) Tage später: 0,45 Neosalvarsan + 1 ccm Sublimat. 5 (bis 7) Tage später: 0,45 Neosalvarsan + $1^1/_2$ ccm Sublimat usw. Zahl der Injektionen bei Lues I seronegativa 8, bei Lues I seropositiva 10—12, bei Lues II und Lues III 12—14. Zirn kommt zu folgender Zusammenfassung: Dem Patienten bietet die geringe Spritzenzahl, die völlige Schmerzlosigkeit große Vorteile. Bei geringer toxischer Wirkung entfaltet das Hg-Salvarsan stark spirillocide Kraft. Die Erfolge der Hg-Salvarsanbehandlung übertreffen die Ergebnisse der bisher üblichen kombinierten Kuren. Ihre Dauererfolge, soweit sie über 2 Jahre beobachtet werden konnten, sind gut. Starke Fieberreaktionen beeinflussen die Syphilis günstig. Schädliche Nebenerscheinungen sind bei richtiger Dosierung so gut wie zu vermeiden. Von Interesse wären die Versuche, ob durch intravenöse Jod-(Hg-)Salvarsaninjektionen tertiär syphilitische Prozesse günstiger beeinflußt werden. Krambach (Berlin).



VII. Spezielle Neurologie und Psychiatrie.

Sympathisches System. Gefäße. Trophik. Wachstumsstörungen.

479. Zondek (Berlin), **Eine Sekretionsneurose des Nervus sympathicus.** Med. Klin. **32**, 823. 1920.

Bei einem 15jährigen jungen Mann stellte sich regelmäßig nach dem Genuß von sauren Äpfeln eine Parotisschwellung ein, die etwa 1 Stunde anhielt. Der Vorgang beruhte, wie eingehende pharmakodynamische Untersuchungen zeigten, auf einer Reizung der sympathischen Nervenfasern der Parotis, wodurch eine plötzliche maximale Absonderung von dickflüssigem und zähem Speichel hervorgerufen wurde. Der durch Apfelsäure ausgeübte Reiz wurde durch Atropin infolge Ausschaltung des antagonistisch wirkenden parasympathischen Systems verstärkt, durch Pilocarpin herabgesetzt.

S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

480. Schlesinger, Hermann, Erkrankungen des Nervensystems durch Nährschäden und Hunger. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.

Im ersten Abschnitt der Arbeit bespricht Schlesinger vor allem das nicht seltene Zusammenkommen von Hungerosteomalacie und Tetanie. Er versteht unter „Hungertetanie" „eine durch Nährschäden bedingte Art der Tetanie, die die Hungermalacie der Knochen begleitet und einen auffälligen Parallelismus mit dieser Erkrankung aufweist, auch den gleichen therapeutischen Maßnahmen zugänglich ist". Sie ist oft atypisch: Einseitigkeit, Fehlen des Facialisphänomens. Verf. weist auf den ähnlichen Parallelismus zwischen Rachitis und Tetanie hin. In beiden Fällen dürfte das Fehlen eines mit dem Fett dem Körper zugeführten „akzessorischen Nährstoffs" maßgebend sein. Im zweiten Abschnitt bespricht Schlesinger die Kombination von Kriegsödemkrankheit mit einer — meist sensiblen — Polyneuritis, die zwar einen langwierigen Verlauf, aber doch günstige Prognose aufweist. Endlich teilt Verf. ausführlich einen Fall mit, bei dem Kriegsödem und später Skorbut mit „funikulärer Myelitis" und Polyneuritis einherging. Die spinale Affektion bot das bekannte typische Bild. In Nerven und Muskeln fanden sich autoptisch neben degenerativen Prozessen auch perivasculäre Infiltrate, in ersteren über dies Gefäßwandverdickung. Abgrenzung des Krankheitsbildes gegen die Beri-Beri. Zum Schluß faßt Schlesinger als zu den Nervenschädigungen infolge insuffizienter Ernährung gehörig zusammen: 1. Beri-Beri und ihre Abart: Segelschift-Beri-Beri. 2. Experimentelle Polyneuritis. 3. Polyneuritis nach Kriegsödem und Skorbut mit oder ohne funikuläre Myelitis. 4. Hungertetanie und Tetanie bei Rachitis. 5. Spasmen einzelner Muskelgruppen bei Hungermalacie. 6. Pellagra. 7. Symptomatische Ischialgien bei Coxitiden zur Zeit der Hungermalacie und andere Neuralgien (durch Änderung der Ernährung beeinflußbar). 8. Verschlimmerung von organischen toxisch-infektiösen Nervenerkrankungen und Modifikation des klinischen Verlaufs derselben. Fr. Wohlwill (Hamburg).



481. Waardenburg, P. J., Über ungleiche Irisfarbe bei Lähmung des Nervus sympathicus. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 1929. 1920.

Sieben Fälle. Daneben ein Fall von Lähmung ohne Veränderung der Irisfarbe. van der Torren (Castricum).

482. Bolten, H., Die sog. Vagusneurosen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 2138. 1920.

Sind eigentlich Folgen einer Hypotonie des Sympathicus. Theoretische Verteidigung dieser Meinung. Siehe auch frühere Referate. van der Torren.

483. Roorda Smit, J. A., Pseudosenile Kachexie bei Lues. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 394. 1920.

In 12 Fällen von Leiden der rechten Parietalgegend sah Verf. neben Erscheinungen des rechten Auges und Ohres und der linken Körperhälfte präsenile Symptome, wie Abnahme der Körperlänge infolge Kyphose; Abnahme des Körpergewichtes; Abnahme der Bewegung des Brustkorbes; Verschwinden der sexuellen Funktionen; Ausfall von Kopf- und Barthaaren mit Pigmentverlust und der Zähne, besonders auf der rechten Seite; Cutis laxissima; senilen Habitus; Abnahme der Intelligenz; Bewegungsstörungen mit Abnahme der Kraft; Obstipation. Bei antiluetischer Behandlung Besserung bzw. Heilung. van der Torren (Castricum).

Sinnesorgane.

484. Munk, J., Otitis media mit lebensgefährlichen Komplikationen. Ned. Maandschr. v. Geneesk. **9**, 283. 1920.

Säugling mit Otitis media nach Coryza mit Infiltration der Umgebung, Blutung aus dem Bulbus venae jugularis, Paresen der Nerven VII, XI und XII und Horners Symptomenkomplex. Überdies leichte Parese des Abducens infolge der Entzündung in der Nähe der Spitze des Os petrosum. Heilung. Zweiter Fall bei einem 21 Monate alten Mädchen mit hämorrhagischer Encephalitis und Meningitis auf der Seite des kranken Ohres und einem scharf umgrenzten Herde im Gehirn vor dem Sulcus centralis auf der andern Seite. Letzterer Herd verursachte halbseitige Konvulsionen und Parese des rechten Armes. Exitus. van der Torren (Castricum).

485. Hensen, H., Die Ätiologie und Diagnostik akuter doppelseitiger Erblindungen. Münch. med. Wochenschr. **67**, 601. 1920.

1. Erkrankungen der Augäpfel: Zertrümmerungen, Verbrennungen usw., Hornhautgeschwüre, doppelseitige Amotio retinae, Thrombose und Embolie beider Art. retin. central., Panophthalmie bei Bakteriämie (Pneumokokkensepsis oder epidemische Cerebrospinalmeningitis, doppelseitige Glaskörper- und Retinablutungen. 2. Erkrankungen der Sehbahnen und Sehzentren. Diagnostische Hilfsmittel: Allgemeinuntersuchung, neurologische und Urinuntersuchung, Anamnese, Pupillenverhalten, Augenhintergrund, Gesichtsfeld, Skotome. — Urämische Amaurose bei Nephritis (Augenhintergrund oft normal, Lichtreaktion normal, beide Augen erblinden gleichzeitig); eklamptische Amaurose; Bleiamaurose — periphere Form (Sehnervenerkrankung, subakut, schlechtere Prognose) und zentrale Form akut, schnell vorübergehend). Grund der zentralen Amaurose bei Urämie, Eklampsie, Bleiintoxikation ist ein mechanisches Moment — Ödem in-



folge der Blutdrucksteigerung. Sitz der zentralen Amaurose ist der Hinterhauptslappen. Vorübergehende funktionelle Erblindungen finden sich bei Migräne und bei Hysterie (seltener doppelseitig); es werden einige Fälle suggestiv geheilter Amaurose mitgeteilt und die Ansicht vertreten, daß ihr „Sitz" die laterale Rinde des Occipitallappens sei (Henschen). Organische Ursachen der zentralen Amaurose: Hirntumoren beliebiger Lokalisation, meningitische Exsudate, Meningitis basalis gummosa, Hirngefäßerkrankungen: corticale Thrombosen, Embolien (dabei nur selten Stauungspapille, diese findet sich häufiger bei Hirnblutungen). Blutungen an der Hirnbasis. Akute Erblindungen bei Infektionskrankheiten sind selten, wesentlich häufiger bei Intoxikationen: Methylalkohol (Mitteilung von 3 Fällen), Nicotin (1 Fall), Arzneimittel (Optochin, Chinin, Salicylsäure, Filix mas usw.). Bei Erblindungen infolge von Nervenkrankheiten ist die Differentialdiagnose zwischen hysterischer Amaurose, Neuritis retrobulbaris acuta, Neuritis optica hereditaria und multipler Sklerose häufig sehr schwierig (Mitteilung von 2 Fällen). Auch bei Tabes wurden bisweilen plötzliche Erblindungen infolge einer die Tabes komplizierenden Neuritis retrobulbaris luetica beobachtet. Ungeklärt sind die plötzlichen Amaurosen nach starken Blutverlusten, bei Suppressio mensium, bei von Blitz Getroffenen, bei Amblyopia ex anopsia nach langdauerndem Blepharospasmus. Die Erblindungen bei Schädeltraumen bestätigten die Auffassung, daß die Calcarinarinde die corticale Retina darstellt. Krambach (Berlin).

● **486. Köllner, H., Der Augenhintergrund bei Allgemeinerkrankungen.** Berlin. Springer. 1920. Preis M. 38,—.

Ein auf die Bedürfnisse des Internisten und praktischen Arztes zugeschnittenes Lehrbuch, das den Hauptwert darauf legt, zu zeigen, wie das Spiegelbild des Augenhintergrundes dazu verwendet werden kann, Diagnose und Prognose des Allgemeinleidens zu fördern. Der Autor verzichtet deshalb auf Literaturangaben und Anführung von Augenhintergrundsbefunden, welche lediglich augenärztliches Interesse haben. Hier soll natürlich nur der den Neurologen und Psychiater interessierende Teil des Buches besprochen werden, wobei ich aber doch nicht verfehlen möchte, auf den Abschnitt über „allgemeine Pathologie des Augenhintergrundes" hinzuweisen, der in kurzen Worten, klar und übersichtlich die für eine Erkrankung des Augenhintergrundes prinzipiell in Betracht kommenden Momente (Schwund, Entartung, Entzündung, Zirkulationsstörung) schildert. Nach einigen kurzen technischen Bemerkungen über die Untersuchung und einer Beschreibung des normalen Augenhintergrundes werden die Spiegelbilder bei Infektionskrankheiten, Erkrankungen der Atmungs-, Verdauungs-, Geschlechtsorgane, bei Nephritis, bei Krankheiten des Zirkulationsapparates, bei Blutkrankheiten, Diabetes, Basedowscher Krankheit, Krankheiten des Cerebrospinalsystems, der Nasennebenhöhlen und bei Vergiftungen geschildert. Ohne auf die nicht-nervösen Erkrankungen näher einzugehen, möchte ich nur als erfreuliches Zeichen der Erkenntnis der Bedeutung der Augenhintergrunduntersuchungen im Frühstadium der Lues für die rechtzeitige Konstatierung eines Ergriffenseins des Z. N. S. in diesem Stadium die Ausführlichkeit des Kapitels Lues acquisita begrüßen, da der



Praktiker an dem Bestehenbleiben bzw. Verschwinden von Augenhintergrundveränderungen häufig einen annähernd so guten Maßstab für die Dosierung seiner antiluetischen Therapie haben kann, als ihn die Liquoruntersuchung bietet. Vielleicht wäre es zweckmäßig, in einer zukünftigen Auflage, entsprechend der Betonung der möglichen Gefahren einer Salvarsantherapie doch auch andrerseits die Unschädlichkeit dieses Mittels und die Zweckmäßigkeit der Durchführung einer Kur gerade mit genügend hoher Dosierung zu würdigen. — Unter den eigentlichen Affektionen des Zentralnervensystems nehmen die Erscheinungen bei intrakranieller Drucksteigerung einen entsprechenden Raum ein. Dann werden Anämie, Hyperämie des Gehirns, Hirnblutungen und Sklerose der Hirnarterien besprochen. Auch beim Kapitel cerebrale Lues und Tabes würde Ref. in einer zukünftigen Auflage ein etwas ausführlicheres Eingehen auf die spezifische Therapie (bei Tabes fehlt jede Angabe) für wünschenswert halten, da der Praktiker, der so viel von den schädlichen Wirkungen des Hg und Salvarsans gehört hat, und auch von den Patienten häufig daraufhin angesprochen wird, sicher gern von autoritativer Seite über diese etwaigen Gefahren Aufklärung erfahren möchte. In gleich anschaulicher Weise werden die Gebiete der Tuberkulose, Meningitis, der otogenen Hirnkomplikationen, des Hirnabscesses, der Encephalitis, der Hirntumoren, des Turmschädels, der multiplen Sklerose (wobei mit Recht auf den Wert der frühzeitigen Erkennung dieser Erkrankung aus dem Spiegelbilde hingewiesen wird, kann doch hierdurch wenigstens einer häufig unzweckmäßigen Therapie vorgebeugt werden, wenn wir auch von einer wirklich ätiologisch fest fundierten Behandlungsweise noch weit entfernt scheinen), der Myelitis, der Idiotie und familiär-amaurotischen Idiotie, der Epilepsie und der Schädelverletzungen behandelt. — Das Buch scheint mir durchaus seinen Zweck zu erfüllen, und sollte vor allem die Beachtung des praktischen Arztes finden. Ref. weiß aus eigener Erfahrung (wir mußten bei Nonne jeden Fall, was ihm auch fehlte, augenspiegeln) den Wert einer exakten Augenhintergrunduntersuchung für die Diagnose zu beurteilen. Die geringe Mühe der Untersuchung wird reichlich belohnt durch die Genugtuung, die Krankheit früher erkannt und damit auch die Heilungsaussichten gebessert zu haben. — Bleibt noch übrig, dem Erstaunen darüber Ausdruck zu geben, daß im Jahre 1920 ein Verlag das Wunder der Hervorzauberung eines so herrlichen Papiers und so vorzüglicher farbiger Abbildungen zu stande bringen konnte. Hauptmann (Freiburg i. Br.).

487. Bittorf, A., Über apoplektiforme Menière-Erscheinungen ohne Hörstörung bei Grippe. Münch. med. Wochenschr. **67**, 427. 1920.

Bei 3 Patienten trat im Verlauf oder im Anschluß an Grippe (bei einem vierten war eine Grippe angeblich nicht vorausgegangen) plötzlich heftiger Kopfschmerz, sehr hochgradiger Schwindel, zum Teil Drehschwindel, so daß sich Patient überhaupt nicht aufrichten konnte, Übelkeit und Erbrechen auf. Der Puls, besonders beim Aufrichten, war sehr labil. Dauer des schwersten Zustandes 24—48 Stunden. Der Befund ergab ganz normales Gehör (nur in einem Fall am Anfang mäßiges Schmerzgefühl im linken Ohr), mitunter geringes Abweichen beim Gang, einmal angedeutetes Vorbei-



zeigen, Nystagmus, einmal bei kalorischer Prüfung Herabsetzung der Erregbarkeit des linken Vestibularis; zweimal Herabsetzung des Cornealreflexes, einmal Druckempfindlichkeit der Occipitalnerven und vorübergehenden Babinski. Therapeutisch bewährte sich Chinin (3 mal 0,1—0,2) und Bromkali. Als Ursache ist eine toxische Neuritis des N. vestibularis nach Grippe anzunehmen. Krambach (Berlin).

Körperflüssigkeiten (Blut, Liquor, Harn u. a.).

488. Scheer, Kurt, Die klinische Verwendbarkeit der Sachs-Georgischen Reaktion, speziell der Mikromethode, auf Lues. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1352. 1920.

Bei 336 vergleichbaren Untersuchungen ergab sich in 93,75% Übereinstimmung zwischen WaR., S.-G.-R. und der von Scheer angegebenen Mikromethode. Die Mikromethode ergibt etwas schärfere Werte als die S.-G.-R. Positive Ausflockung fand sich 1 mal bei Pneumonie, bei Myelomeningocele und bei fraglichem Hypophysentumor, nach der Mikromethode allein einmal bei exsudativer Diathese. Bei kongenital luetischen Säuglingen, die symptomfrei geboren werden, werden die serologischen Reaktionen im allgemeinen einige Tage vor den erkennbar klinischen Erscheinungen positiv. Bei den Fällen, wo wenig Blut zur Verfügung steht, also vor allem bei Säuglingsuntersuchungen, ist die Mikromethode angezeigt. Krambach (Berlin).

489. Rizzo, C., Verhalten des Liquors bei Hirnlues bezüglich der Anwesenheit spezifischer thermolabiler Antikörper. Sperimentale, Archivio di Biologia normale e patologica **74**. 1920.

Die Wassermannsche Reaktion kann manchmal auch bei Anwendung der Originaltechnik bei sicher luetischen Individuen negative Ergebnisse liefern infolge Zerstörung spezifischer thermolabiler Antikörper bei der Inaktivierung. Die widerspruchsvollen Ergebnisse, die bei gleichzeitiger Untersuchung von Serum und Liquor mit der Originalmethode gewonnen werden, beruhen, wie Busila gezeigt hat und wie Verf. bestätigen kann, darauf, daß das Serum inaktiviert wird, nicht aber der Liquor. Manchmal kann man durch Inaktivierung des Liquors die vorher positive Reaktion in eine schwach positive oder auch negative Reaktion verwandeln. Es hat deshalb nicht nur keinen Nutzen, den Liquor zu inaktivieren, sondern man läuft Gefahr, einige Liquores als negativ zu registrieren, die mit aktivem Liquor positiv wären. Die Inaktivierung des Liquors sollte deshalb unbedingt vermieden werden. Da im allgemeinen in den Liquores der Paralytiker die spezifischen thermostabilen Antikörper vorherrschen, während bei denen von Lues cerebri die spezifischen thermolabilen Antikörper überwiegen, kann man mit einem gewissen differentialdiagnostischen Vorteil neben der Ausführung der Reaktion mit aktivem Liquor die Reaktion auch mit inaktiviertem Liquor anstellen. F. Meggendorfer (Hamburg).

490. Joers, Wilhelm, Spirochätenbefunde im Liquor bei Lues. Dermatol. Wochenschr. **71**, 966, 1920.

Verf. berichtet über einen Tall von frühzeitiger, akuter, diffuser Meningitis syphilitica ohne Herdsymptome, bei dem ihm gelungen ist, im Lumbal-



punktat mittels Dunkelfeld vereinzelte Spirochäten nachzuweisen. Der Liquor zeigte enorme Zell- und Eiweißvermehrung sowie positive WaR. in allen Verdünnungen, dazu noch die typische Lueskurve bei der Goldsolreaktion, während der Nervenbefund objektiv völlig negativ war und außer dem Leukoderma colli und der Alopecie Haut- und Schleimhauterscheinungen völlig fehlten. Zahlreich vorgenommene Liquoruntersuchungen in anderen Fällen ließen erkennen, daß weder im Auffinden von Spirochäten im Liquor noch sonst im Auffinden pathologischer Liquorveränderungen irgendeine Gesetzmäßigkeit zu erkennen ist. Für einen Zusammenhang zwischen Leukoderma colli, Alopecie und positiven Liquorbefunden ergaben sich keine sicheren Anhaltspunkte. Mit Hilfe einer energischen Kalomel-Neosalvarsankur gelang es nicht nur, die heftigen Kopfschmerzen zu beseitigen, sondern auch den pathologischen Liquor günstig zu beeinflussen, was ein Beweis dafür ist, daß die Meningen für Salvarsan genügend durchgängig sind, und daß wir bei der cerebrospinalen Lues mit der intravenösen Behandlung völlig zurechtkommen. Sprinz (Berlin).

491. Wodtke, Gerhard, Zur Methodik der serodiagnostischen Luesreaktion nach Sachs und Georgi. Münch. med. Wochenschr. **67**, 419. 1920.

Zusammenfassung des Verf.: Die Empfindlichkeit der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion kann durch Verwendung der doppelten Serummenge mehr oder weniger häufig gesteigert werden (Brutschrankmethode). Manche Sera reagieren bei der Ausflockung in der üblichen kleineren Menge stärker als in der doppelten Menge. Man erhält daher durch gleichzeitige Verwendung der einfachen und der doppelten Serummenge eine weitere Vermehrung der positiven Ergebnisse, ohne daß nach den bisherigen Ergebnissen das für Syphilis charakteristische Gepräge leidet. Durch Verwendung mehrerer verschiedener Extrakte scheinen sich die Bedingungen weiter im Sinne der höheren Empfindlichkeit verbessern zu lassen. Neben cholesterinierten Rinderherzextrakten eignen sich dabei auch cholesterinierte Menschenherzextrakte gut für die Ausflockung. Krambach (Berlin).

492. Mandelbaum, M., Beitrag zum Wesen der Sachs-Georgischen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. **67**, 962. 1920.

Nach den Vorschriften von Sachs und Georgi ist für die Reaktion „inaktives“ Serum zu verwenden. Mandelbaum fand, daß Wa.-positive Seren, die nur durch 24stündiges Bebrüten bei 37° inaktiviert worden waren, ebenso wie aktive Seren keine Reaktion gaben. Es ist also nötig, sie $^1/_2$ Stunde lang auf 56° zu erhitzen. Wenn durch Kohlensäure die leicht flockbaren Globuline gefällt und durch Zentrifugieren entfernt werden, ergibt die Restflüssigkeit dieselben Resultate wie die Originalmethode. Löst man die abzentrifugierten Globuline wieder, so gibt es in der Lösung nach Sachs-Georgi völlig uncharakteristische Reaktionen. Es besteht keine Parallelität in bezug auf das Verhalten der Globulinlösungen bei der Sachs-Georgischen und Wassermannschen Reaktion. Krambach (Berlin).

493. Runge, W., Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Gesunden und Geisteskranken. Münch. med. Wochenschr. **67**, 953. 1920.

Die vergleichenden Beobachtungen der Sedimentierungszeit der roten



Blutkörperchen in mit Natr. citricum versetztem Blut ergab, daß die Senkungsgeschwindigkeit bei Frauen durchweg eine größere ist als bei Männern, daß die Fälle von Paralyse eine ganz erheblich größere durchschnittliche Senkungsgeschwindigkeit haben als die gesunden Männer und die funktionell Erkrankten, auch ein bestimmter Prozentsatz von Fällen der Dementia-praecox-Gruppe (und zwar typisch katatone, erregte und stuporöse Fälle) wies eine Senkungsbeschleunigung — nicht so erheblich wie die Paralysefälle — auf. Dieser Befund weicht von dem Plauts ab, der bei Dementia praecox auffallend langsame Sedimentierung fand. 5 Fälle von Arteriosklerose, drei von entzündlichen Erkrankungenn, 2 Fälle von Encephalitis lethargica wiesen gleichfalls erhebliche Sedimentierungsbeschleunigung auf.

Krambach (Berlin).

494. Marx, E. J., Über die Sublimatreaktion des Liquor cerebrospinalis nach Weichbrodt. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 227. 1920.

In den 101 Fällen wurden neben der genannten Reaktion noch angestellt die Reaktion nach Nonne-Apelt, die fraktionierte Ammonsulfataussalzung nach Kafka, die Klausnersche und die Wassermannsche Reaktion. Es ergab sich, daß der Weichbrodtschen Reaktion ein besonderer Wert vor der Phase I nicht zuzuerkennen ist. Eine besonders starke Sublimatreaktion bei mittelstarker Phase I spricht für Paralyse. Bläulichen Schimmer bei der Sublimatreaktion fand Verf. gleich anderen Nachuntersuchern auch bei fehlender Lues, andererseits wurde er auch bei vorhandener Lues nicht immer gesehen.

Lotmar (Bern).

495. Fleischmann, O., Die Beziehungen zwischen dem Liquor cerebrospinalis und den Plexus chorioidei. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **59**, 305.

Aus den in der Literatur vorliegenden und eigenen früheren Untersuchungsergebnissen schließt Verf. — ohne neue Befunde mitzuteilen — folgendes: Stätte der Liquorbereitung sind ausschließlich die Plexusepithelien. Es handelt sich aber weder um Dialyse, noch um Transsudation, noch um Sekretion im gewöhnlichen Sinne, sondern um eine „absorptive Sekretion", d. h. eine Filtration, welche kombiniert ist mit einer aktiven spezifischen Tätigkeit der Plexuszellen, welche alle „bedenklich erscheinenden" Stoffe zurückhalten, ja aus dem bereits ausgeschiedenen Ventrikelliquor solche noch abfangen können. Dadurch erklärt es sich, daß zahlreiche Stoffe nur unter veränderten Bedingungen — zu denen auch schon ihre abnorm reichliche Anhäufung im Blut gehört — in den Liquor übertreten. Ventrikelependym und Meningen sind an der Liquorproduktion überhaupt nicht beteiligt, ersteren kommt wohl auch noch eine gewisse resorptive Tätigkeit zu, letztere sind normalerweise völlig undurchgängig. So wird das Zentralnervensystem von dem Gürtel der Plexus und der Hirnhäute gegen den gesamten übrigen Körper abgeschlossen. Eine analoge absorptive Sekretion (die Verf. der produktiven Sekretion gegenüberstellt) liegt vor beim Kammerwasser und beim Fruchtwasser, während Endo- und Perilymphe des Labyrinths überhaupt als Cerebrospinalflüssigkeit anzusprechen sind. Fr. Wohlwill.



496. Kafka, V., Serologische Studien zum Paralyseproblem. Münch. med. Wochenschr. **67**, 955. 1920.

Das Mißverhältnis zwischen der Stärke der WaR. und der Stärke der entzündlichen Reaktionen (cytologische und Globulinreaktionen) im Liquor ist für progressive Paralyse charakteristisch. Bei Paralyse ergibt sich ein starkes Überwiegen der WaR. gegenüber den entzündlichen Reaktionen (bei Gehirnlues im Anfang bei geringen Werten für die WaR. schwere entzündliche Reaktionen, im weiteren Verlauf eine ungefähre Parallelität zwischen WaR. und entzündlichen Reaktionen). Ferner war als charakteristisch für Paralyse angegeben, daß die WaR. im Blut sehr stark, durch Behandlungsversuche nicht beeinflußbar und in 100% der Fälle nachzuweisen sei. K. fand nun, daß in 18,7% von Paralysefällen, bei denen Blut und Liquor am gleichen Tage entnommen worden war, sich eine stark positive WaR. im Liquor und eine negative oder fast negative im Blut fand. Für die Auflösung des scheinbaren Widerspruchs dieser beiden Ergebnisse führt Verf. an, daß die positive WaR. im Liquor eine Folge des spezifischen Abbaus von Gehirngewebe durch die Spirochäten ist. Die positive WaR. im Blute kommt erst durch Übertreten der die WaR. hervorrufenden Stoffe aus dem Liquor in das Blut zustande. Das häufige Fehlen der Luetinreaktion bei Paralyse zeigt, daß bei ihr die „Gewebsumstimmung“ gefehlt hat, die die Körperzellen zu dieser Reaktion befähigt. Die Paralyse ist „eine schwere Spirochätose des Gehirns malignen Charakters mit intensiven Abbauvorgängen und ungenügenden entzündlichen Reaktionen, aber auch anscheinend ungenügender cellulärer Abwehrreaktion“.

Krambach (Berlin).

497. Baumgärtel, Tr., Wassermannsche und Sachs-Georgische Reaktion bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. **67**, 421. 1920.

Baumgärtel faßt seine Ergebnisse wie folgt zusammen: Nach den Beobachtungen der Autoren bei insgesamt über 25 000 Blutuntersuchungen und den eignen Feststellungen bei 7000 Parallelversuchen zeigen die Seren in ca. 90% der Fälle Übereinstimmung der Untersuchungsergebnisse nach Wassermann und Sachs-Georgi. Für die Praxis des serologischen Syphilisnachweises mittels Ausflockung nach Sachs-Georgi empfiehlt es sich, die Reaktion ausschließlich bei Brutschranktemperatur anzustellen; die Resultate aber nicht nur nach 24 Stunden, sondern nach 2-, 24- und 48-stündiger Erwärmung der Versuchsröhrchen auf 37° abzulesen. Mit dieser Versuchstechnik scheint ebenso wie mit der quantitativen Messung der Komplementbildung nach Wassermann, Kaup und Stern die Aufdeckung serologisch atypischer Syphilisfälle zu gelingen. Krambach.

498. Baumgärtel, Tr., Wassermannsche und Sachs-Georgische Reaktion bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1034. 1920.

Über 261 Seren, bei denen mit irgendeiner der drei angewandten Methoden ein positiver Befund erhoben wurde (WaR., Kaupsche Modifikation des Wa. und Sachs-Georgi), wird berichtet. Dabei wurde der Befund von Sachs-Georgi nicht nur nach 2, sondern auch nach 24 und 48 Stunden festgestellt. In 96,9% fiel die Sachs-Georgische Reaktion früher oder später positiv aus, in 90,4% die Kaupsche, in 66,3% die Wassermannsche. Es



ergaben sich 90 mal grobe Unterschiede zwischen Sachs-Georgi und Wassermann, 27 mal zwischen Wassermann und Kaup. Bei unbehandelten Fällen stimmen typische Sachs-Georgische Ausflockung und positiver Kaup und Wassermann überein. Bei behandelten Fällen gehen die Ergebnisse nach Sachs-Georgi, die hier häufig atypische verzögerte Reaktion sind, und die nach Kaup, besonders aber nach Wassermann auseinander. Nach Baumgärtels Auffassung sind die drei Reaktionen in gleicher Weise spezifisch und unterscheiden sich nur durch den Grad ihrer Empfindlichkeit voneinander. Krambach (Berlin).

Rückenmark und Wirbelsäule.

499. Klessens, J. J. H. M., Schmerz- und Temperaturwahrnehmung bei zwei Fällen von Läsion des Rückenmarkes. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 2118. 1920.

1. Fall: Subdurales Gumma im rechten zweiten Halssegment (Besserung auf Quecksilber-Jodtherapie; keine Operation). — 2. Fall: Doppelseitige traumatische Blutung im Gebiete der Art. dorso-lateralis des achten Halssegmentes. Im Zusammenhang mit den anderen Symptomen weisen Ausbreitung und Verlauf der Sensibilitätsstörungen darauf hin, daß in der spino-thalamischen Bahn eine nähere Lokalisation besteht (wie im Hinterstrange), und zwar in der Weise, daß die Fasern der am meisten caudal gelegenen Segmente am meisten lateral gelegen sind. *van der Torren* (Castricum).

Hirnstamm und Kleinhirn.

500. Muskens, L. J. J., Die ponto-cerebelläre oder Acusticusgeschwulst, operative und Strahlenbehandlung. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 380. 1920.

In einem ziemlich weit vorgeschrittenen Fall gute Resultate mit der Strahlenbehandlung: Verschwinden der objektiven und subjektiven Symptome innerhalb einiger Monate. van der Torren (Castricum).

501. Leschke, Erich, Zur klinischen Pathologie des Zwischenhirns. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 959 u. 996.

Verf. setzt die Beziehungen des Zwischenhirns, besonders des Hypothalamus, zum Diabetes insipidus und mellitus, zur Dystrophia adiposogenitalis, zur Wärmeregulation und zum Auge eingehend auseinander. Er betont, was an diesen Beziehungen noch hypothetisch ist und bemerkt besonders, daß die Beziehungen der Hypophyse zum Zwischenhirn noch unklar sind. Eugen Kahn (München).

Schädel. Großhirn (Herdsymptome).

502. v. Schuckmann, W., Sensorische Aphasie nebst Bemerkungen zur Gedächtnispathologie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 232. 1920.

Gemessen an den Bezeichnungen für konkrete Gegenstände, waren Spontansprechen, Nachsprechen und Lesen um etwa 30 bis 40%, das Sprachverständnis um etwa 10% geschädigt. Der (nur makroskopische) Hirnbefund ergab als Grundlage hierfür eine in der Hauptsache auf das hintere Drittel der linken oberen Schläfenwindung und den linken Gyrus supramarginalis beschränkte Rindenatrophie, während die totale Agraphie des



Falles auf eine im Mark des linken Gyrus supramarginalis gelegene pflaumengroße Cyste zurückgeführt wird. Die geringe Ausprägung der Paralexie im Vergleich zu der starken Paraphasie läßt an die Möglichkeit eines direkten Reizweges vom Lesezentrum zum motorischen Sprachzentrum denken. Die relative Intaktheit der „Wahrnehmungssprache" (Benennen getasteter und gesehener Objekte) gegenüber der viel schwerer betroffenen „Vorstellungssprache" (Wortfindung auf assoziative oder Vorstellungsreize) wird als Leistung des intakten rechten Schläfenlappens gedeutet. Das Ribotsche Regressionsgesetz, vor allem aber das Gesetz der stufenweisen Schädigung der Ekphorierbarkeit lassen die Entwicklung und Rückbildung von Gedächtnisstörungen, insbesondere auch einige Symptome des aphasischen Komplexes aus funktionellen, nicht lokalisatorischen Prinzipien verstehen, wie durch Darlegung und Anwendung der Semonschen Lehren gezeigt wird. Lotmar (Bern).

503. Maas, Otto, Über Agrammatismus und die Bedeutung der rechten Hemisphäre für die Sprache. Neurol. Centralbl. **39**, 465 u. 506. 1920.

S. diese Referate **21**, 335. 1920. (Berl. Gesellsch. für Psychiatr. u. Nervenkr. am 12. IV. 1920.) Dem Vortrag sind eine Anzahl Untersuchungsprotokolle beigefügt. Krambach (Berlin).

504. Dege, A., Wrobel, Küttner, Borchard, Schüller, Verletzungen des Gehirns. I. Teil. „Gedeckte Hirnverletzungen. Hirnwunden. Fremdkörper des Gehirns." Neue deutsche Chirurgie. Bd. XVIII. Verlag von Ferd. Enke in Stuttgart, 1920. Einzelpr. geh. M. 72,—.

Der 18. Band der „Neuen deutschen Chirurgie" ist den Verletzungen des Gehirns gewidmet. Im ersten Abschnitt, der gleichzeitig die allgemeinen Erörterungen enthält, behandelt Dege die gedeckten oder geschlossenen Hirnverletzungen. Er bespricht zunächst ausführlich die Geschichte der Lehre von den Hirnverletzungen, ihre Entstehung und Häufigkeit und die pathologisch-anatomischen Befunde des Schädelinhalts nach Kopfverletzung. Ein besonderes Kapitel bringt eine Übersicht über die Lokalisation der Funktionen im Gehirn und die allgemeine physiologische Pathologie der Verletzungen. In drei großen Kapiteln werden die Commotio, Compressio, Contusio gesondert behandelt. Auf Einzelheiten einzugehen ist natürlich nicht möglich, wenn auch der Neurologe gegenüber den allgemeinen Erörterungen über die Funktionen des Gehirns manches einzuwenden haben würde. Wenn man auch berücksichtigen muß, daß es sich um eine Darstellung für praktische Zwecke, mehr für den Chirurgen als den Neurologen, handelt, so hätte doch dieser Abschnitt bei seinem großen Umfang erschöpfender, vor allem in der Betrachtungsweise mehr in die Tiefe gehen können und sich nicht nur an zum Teil überholte Anschauungen halten sollen. Im zweiten Abschnitt bespricht Dege die Quetschwunden des Gehirns. Im dritten Abschnitt Borchard die Schußwunden des Gehirns. Im vierten Abschnitt Wrobel und Küttner die Hieb- und Stichwunden, im fünften Abschnitt Schüller die Fremdkörper des Gehirns ausführlich, besonders die Röntgenbefunde. Daß es sich bei den chirurgischen Ausführungen von seiten so namhafter Autoren um mustergültige Darlegungen handelt, bedarf kaum der Hervorhebung. Man vermißt nur



eine etwas genauere Besprechung der nicht mehr chirurgischer Behandlung zugänglichen Folgezustände nach Gehirnverletzung, besonders der Übungsbehandlung, die am besten bei den Schußverletzungen besprochen werden sollte, hier aber nur ganz kurz erwähnt wird und im ersten Kapitel von Dege, eine aber nicht ausreichende Darstellung erfährt. Es sind wesentliche Arbeiten nicht einmal im Literaturverzeichnis erwähnt. Ebenso finden sich nur sehr wenige Ausführungen über die Brauchbarkeit der Hirnverletzten, ihre Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit usw., die bei einer so umfangreichen Darstellung der Verletzungen des Gehirns wohl etwas breiter hätten behandelt werden sollen. Diese kritischen Einwendungen berühren aber keineswegs den außerordentlich großen Wert des Buches für jeden, der sich mit der chirurgischen Seite der Frage der Hirnverletzungen zu beschäftigen hat. K. Goldstein (Frankfurt a. M.).

Intoxikationen. Infektionen.

505. Oehmig, Ossian, Encephalitis epidemica choreatica. Münch. med. Wochenschr. **67**, 660. 1920.

Bericht über 11 Fälle von Encephalitis epidemica choreatica, die in der Zeit vom 15. II. bis 15. III. 1920 in der Heil- und Pflegeanstalt Dresden zur Aufnahme kamen. Die Krankheit entwickelte sich meist erst mehrere Tage oder Wochen nach der Allgemeinerkrankung an Grippeerscheinungen. Alle Fälle zeigten schwere psychische Veränderungen (Delirien, Schlafsucht, paranoide, manische Züge), deren Intensität nicht der Fieberhöhe parallel ging. Von den sechs bakteriologisch untersuchten Fällen positiven Befund der Blutaussaat (Streptokokken, Diplostreptokokken, einmal Pneumokokken). Bei 3 Fällen bestand Ikterus. Bei drei von fünf letal endigenden Fällen ergab die Sektion Status thymolymphaticus. Arsen, Narkotica, Veronal, Suggestion blieben ohne wesentliche Wirkung. Pyramidon, Phenacetin, Digitalispräparate wurden mit Erfolg angewandt. Von vier mit Grippeserum gespritzten Fällen starb einer, zwei wurden besser.

Krambach (Berlin).

506. Kruisinga, H. J., Rascher Wechsel der Hauthyperästhesie bei Encephalitis lethargica. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 2286. 1920.

Die Hauthyperästhesie wechselt von Tag zu Tag ihre Lokalisation (Nabelgegend, Nacken und Streckseite beider Arme, Bauchhaut, Streckseite beider Beine und Nacken). van der Torren (Castricum).

507. Hacke, J. J., Encephalitis epidemica. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 2045. 1920.

Acht Fälle von Encephalitis lethargica. van der Torren (Castricum).

508. van Hasselt, J. A., Encephalitis lethargica. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 2442. 1920.

Klinisch und pathologisch-anatomisch Encephalitis lethargica bei einem 14jährigen Knaben mit kongenitaler Lues. Ursache der Encephalitis: Lues (?). van der Torren (Castricum).

509. Büscher, Spirochätenbefund bei multipler Sklerose. Arch. f. Psych. **62**, 426. 1920.

In einem Falle von Sclerosis multiplex (lumbosakraler Typus mit



cerebralen Erscheinungen) konnte Verf. auf mehreren Abstrichpräparaten von verschiedenen grauroten Hirnherden vereinzelt Spirochäten bei Beobachtung im Dunkelfelde (39 Stunden nach dem Tode) in Eigenbewegung beobachten. Sie erschienen ziemlich kurz und gedrungen. Versilberung nach der Hauptmannschen Methode gelang nicht. Hinsichtlich der Frage, ob die gefundene Spirochäte den spezifischen Infektionserreger darstellt, äußert sich Verf. zurückhaltend. Vieles spricht dafür, daß die Sclerosis multiplex eine Infektionskrankheit ist. Verf. weist auf die Analogien der Lues hin, die sich auch auf dem Gebiete der biochemischen Reaktionen finden. Die Goldsolreaktion in dem Fall des Verf. hatte den Typ der paralytischen Kurve. Es handelt sich anscheinend um eine Gruppenreaktion.

Henneberg.

510. Heiss, W., Zur Symptomatologie der neuro-cerebralen Grippeformen. Münch. med. Wochenschr. **67**, 663. 1920.

Die cerebrale Grippeform stellt als Encephalitis lethargica und choreatica bei Erwachsenen zwei getrennte Krankheitsbilder dar, bei Jugendlichen folgen sie oft als 2 Stadien derselben Krankheit. Die Erwachsenen, 5 Fälle mit stärkeren choreatischen Erscheinungen, sind alle gestorben, bei einem kam es zu einer schweren Manie, bei 3 Fällen ging längerer Sopor dem Tode voraus. Gegen Ende stieg die Pulsfrequenz bei allen sehr. Zwei überlebende Jugendliche schliefen nach 3—4tägiger großer motorischer Unruhe 72—90 Stunden. Bei einem älteren Mann scheint die Erkrankung in Verblödung überzugehen. Der erste mit Zuckungen der Bauchmuskeln zugeführte Patient wurde wegen Ileusverdacht laparotomiert. Die polyneuritische Grippeform, bei der anfangs auch choreatische Erscheinungen vorhanden sein können, verläuft sehr langsam. Prognose unsicher.

Krambach (Berlin).

511. Cords, Richard, Die Augensymptome bei der Encephalitis lethargica. Münch. med. Wochenschr. **67**, 627. 1920.

Bei 20 Fällen von E. l. wurde beobachtet: Ptosis 14 mal; Oculomotoriuslähmung 6 mal (Rectus med. 5 mal, Rectus sup. 1 mal, Rectus inf. 1 mal); in einem Falle waren bei normaler Konvergenz die Recti medial. für die Seitenwendung paretisch (die Störung beruhte wahrscheinlich auf isolierter Schädigung des hinteren Längsbündels), Trochlearislähmung keinmal, Abducenslähmung 6 mal. An assoziierten Lähmungen fand sich 3 mal kombinierte Lähmung der Hebung und Senkung 3 mal, isolierte Senkerlähmung 3 mal (davon 2 mal mit Ptosis kombiniert), Konvergenzlähmung 8 mal. Rucknystagmus (die Notwendigkeit der scharfen Trennung zwischen Zuck- und Pendelnystagmus wird betont) 4 mal bei Wendung nach beiden Seiten, 3 mal nur bei Linkswendung, 2 mal bei der Hebung und 6 mal bei der Senkung. Der Rucknystagmus entsteht als willkürliche Korrektion, wenn die tonische Muskelkontraktion nicht dem Willensimpulse entsprechend ausreicht. Schüttelnystagmus (beim Lesen alle $^1/_2$ Minuten auftretend, nach 10 Schwingungen zur Ruhe kommend) fand sich 1 mal, Schwäche der Akkommodation 3 mal, fehlende Lichtreaktion 8 mal (dabei 5 mal auch Konvergenzparese), träge Reaktion 3 mal, mehrmals Konvergenzstarre bei erhaltener Lichtreaktion, einmal eine leichte Papillitis. Krambach.

Störungen des Stoffwechsels. Innere Sekretion.

512. Hannema, L. S., Demonstration eines Falles von Dystrophia adiposogenitalis. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 2434. 1920.

Neben den bekannten Symptomen Schmerzen und Steifheit in Hand- und Fußgelenken. Ursache: Tuberkulose. van der Torren (Castricum).

513. Hannema, L. S., Ein zweifelhafter Fall von Hypophysengeschwulst. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (I), 2436. 1920.

34jährige Frau. Kopfschmerzen seit 4 Jahren, im Anfang in der rechten Hälfte, auch der rechten Gesichtshälfte, später im ganzen Kopf. Schmerzen am geringsten beim Liegen auf der rechten Gesichtshälfte. Tränenfluß, besonders des rechten Auges. Kein Erbrechen. Antlitz ist breiter, die Füße sind größer geworden. Zunahme der Behaarung, besonders auf Brust und Beinen. Binasale Störung im unteren Quadranten des Gesichtsfeldes. Geringe Abnahme der Toleranz für Zucker. Sehr große, sonst normale Sella. Röntgenphoto der Hände und Füße normale Knochen. *van der Torren* (Castricum).

514. Fliess, W., Zur Diagnose der Hypophysenschwäche. Med. Klin. **30**, 778. 1920.

Die Hypophyseninsuffizienz manifestiert sich nach dem Verf. häufig als Folgezustand gesteigerten Pubertätswachstums. Die Symptome sind Hinfälligkeit, Schwäche, Beinschmerzen bei gleichzeitig bestehendem hohem und langem Körperwuchs, blühenden Lippen. Es bestehen gewisse Ähnlichkeiten zwischen den Erscheinungen des Pubertätswachstums und der Gravidität, sowie Abstufungen und Übergänge des Krankheitsbildes zum akromegalischen Typ und zum Gesunden. Eine besonders wichtige Rolle bei der Erkennung des Leidens spielt der Zusammenhang zwischen den Funktionen des Hypophysenvorderlappens und der Schilddrüse. Es kommen Akromegalietypen neben Myxödemtypen vor. Mittels eines „neuen Prinzips diagnostischer Erwägung“ werden die familienanamnestischen Daten verwertet. Verf. betrachtet die „Familiensubstanz“ als „Ganzes“. Aus der Tatsache, daß die Keime einstmals in der befruchteten Eizelle, die den Eltern das Leben gab, „eine verbundene Einheit“ waren, folgert Verf.: „Was dem einen Familienmitglied zuviel gegeben ist, fehlt dem anderen.“ „Der Bruder ist auf Kosten der Schwester gewachsen.“ Was zu dieser Art Beweisführung, die sich oft genug in den gewagtesten Gedankengängen bewegt, kritisch anzumerken wäre, hat Ref. gelegentlich der Besprechung einer anderen Arbeit des Verf. in dieser Zeitschrift[1]) niedergelegt. Verf. stellt die Diagnose „Hypophysenschwäche“ ex juvantibus nach der Wirkung eines Hypophysenpräparates bei allen möglichen, heterogenen Zuständen, „wässerigem Schnupfen, Ischias, Myxödem, Erkältungen, Kopfdruck“.

S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

515. Maas, O., Demonstration eines Falles von Zwergwuchs. Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Sitzung vom 8. XI. 1920.

Der 123 cm große Zwerg O. B., 32 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie. Eltern waren von normaler Größe, auch unter seinen 11 Geschwistern, von denen ein Teil gestorben ist, war keines unternormal groß. Er selbst ist das 10. Kind seiner Eltern, die aus dem Oderbruch stammen; geboren ist er in Freienwalde und hat stets in der Mark gelebt. Bis zum 6. Jahre soll er sich normal entwickelt haben, seitdem sei er kaum noch gewachsen. Im Alter von 5 Jahren hatte er eine anschei-

[1]) Referate **15**, 508. 1918.

nend nicht ganz leichte Verletzung der Stirn durch Fall auf einen Stein, war aber nicht bewußtlos. Sonst ist er nie ernstlich krank gewesen. Erst seit 3 Jahren ist er, wie er ebenso wie sein Bruder mit Bestimmtheit angeben, sehr fett geworden. — Die Untersuchung ergibt: Vermehrte Fettansammlung im Gesicht, ganz besonders aber in den Supraclaviculargruben und lateral von den Brustdrüsen. Intelligenz gut. Kein Nabelbruch. Keine Störung der Dentition und der Nägel. Fehlende Bartentwicklung, fehlende Haarentwicklung in Achselhöhlen, an Brust und Linea alba, mangelhafte am Mons veneris. Testikel normal entwickelt. Penis wohl größer und stärker als normal. Arme und Beine im Verhältnis zum Rumpf etwas kurz: Spannweite der Arme 119 cm, Entfernung von der Scheitelhöhe bis zum oberen Ende des Os pubis 66 cm. Entfernung vom oberen Ende des Os pubis bis zur Fußsohle 57 cm. Röntgenuntersuchung ergibt Fehlen der Verknöcherung der Epiphysenlinien fast an allen langen Extremitätenknochen, hintere Wand der Sella turcica verdickt, Hypophysengrube: Eingang 12 mm lang, 15 mm tief. —

Rachitis und Chondrodystrophie sind als Ursache des Zwergwuchses mit Sicherheit auszuschließen, zweifellos handelt es sich um Folge von Störung der inneren Sekretion. Gegen testiculäre Genese spricht, daß bei Eunuchen und Eunuchoiden keine Verkleinerung der Körpermaße vorkommt, gegen thyreogene Ursachen als wesentlichstes Moment sprechen gute Intelligenz, Fehlen von Nabelbruch, gute Zahnbildung, bestimmte Angabe, daß die Fettentwicklung erst vor 2—3 Jahren eingetreten ist, Fehlen von Kropf. Zugunsten hypophysärer Genese, auf die man schon per exclusionem hingewiesen wird, sprechen auch noch die Veränderungen an der Sella turcica, die zweifellos etwas groß ist und deren hintere Wand deutliche pathologische Veränderungen zeigt. Die Möglichkeit muß zugelassen werden, daß außer der Hypophyse noch andere Drüsen pathologisch funktionieren, und daß ein Teil der Symptome, wie namentlich die mangelhafte Verknöcherung der Epiphysenlinien und die Fettsucht testiculären oder thyreogenen Ursprungs sind. Die Untersuchungen der inneren Organe, die Hermann Zondek übernommen hat, sind noch nicht abgeschlossen. Festgestellt wurde bisher, daß der Stoffwechsel im ganzen verlangsamt ist.

Aussprache: Liepmann: Der Gesamteindruck ist doch der des thyreogenen Zwergwuchses. Sind die Gegengründe zwingend? Ein Nabelbruch besteht zwar nicht, aber ein auffallend prominenter Nabel. Das Fehlen einer Intelligenzstörung ist wohl durch den Hinweis auf die Erwerbsfähigkeit nicht erwiesen, da Pat. diese der Wirkung seiner Erscheinung auf das Zirkuspublikum verdankt.

Forster fragt, ob Pat. wie es auf die Entfernung aussieht, eine Ptosis hat.

Maas (Schlußwort): Es handelt sich meines Erachtens nicht um wirkliche Ptosis, diese wird vielmehr nur durch die Fettwülste in den oberen Augenlidern vorgetäuscht. Die Untersuchung der Augen hat keine Anomalien ergeben. — Gegen thyreogene Ursachen als wesentlichstes Moment des Krankheitsbildes sprechen die erwähnten Symptome. Nach Angaben der Literatur sind bei schwereren Fällen von Kretinismus Störungen der Zahnbildung, abnorme Beschaffenheit der Haare und Nägel, Nabelbruch stets nachweisbar. Die normalen geistigen Funktionen entnehme ich nicht nur der Angabe, daß O. B. sozial seine Interessen wahrzunehmen weiß, sondern auch dem Umstand, daß er auf der Schule gut mitgekommen ist, bei den wiederholten Untersuchungen sich stets als intelligent erwies und daß die speziellen Untersuchungen, wie Ebbinghaussche Probe usw., gute Resultate ergaben. K. Löwenstein (nach Eigenberichten).

516. Schuster, Hypophysengangcyste. (Demonstration.) Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Sitzung vom 8. XI. 1920.

Vortr. demonstriert ein Präparat einer Hypophysengangcyste. Bei



der ersten Untersuchung vor $^1/_2$ Jahr bestand beiderseits totale Opticusatrophie, Euphorie und Neigung zu konfabulieren. Keine Geruchstörung, keine akromegalischen und keine adiposo-genitalen Erscheinungen. Aufhören der Periode mit 38 Jahren. Röntgen: Kleine gut ausgebildete Sella turcica. Zuletzt Schwächezustände einzelner Oculomotoriusäste, dann Exitus. Klinische Diagnose: Tumor in der Hypophysengegend. Die Hypophysengangtumoren treten sämtlich in ziemlich frühem Alter auf, sitzen außerhalb der Sella turcica und zerstören sie nicht. Eine Andeutung von Dystrophia adiposo-genitalis bestand nur in der vorzeitigen Cessatio mensium. Die Diagnose ist mit Rücksicht auf den normalen Röntgenbefund bei gleichzeitigem Verdacht auf Tumor in der Hypophysengegend keine allzu schwere. Aussprache: vgl. nächstes Referat. K. Löwenstein (nach Eigenbericht).

Epilepsie.

● **517. Fink, Hermann, Epilepsie und Unfallbegutachtung. II. Unfall durch Anfall.** Inaug.-Diss. Würzburg 1919. Gebr. Memminger.

Bei der Begutachtung von Epileptikern erweist sich, daß oft mit der Möglichkeit zu rechnen ist, daß der Unfall erst durch einen epileptischen Anfall entstanden bzw. vorgetäuscht worden ist. Wenn an den epileptischen Anfall sich noch ein Status epilepticus anschließt, so ist erst recht die Möglichkeit der Verwechslung mit einer schweren Hirnerschütterung oder sonstiger traumatischer Hirnschädigung gegeben. Erhebung einer genauen Anamnese über das Vorhandensein von Epilepsie bereits vor dem Unfall, sowie eingehende Unfalluntersuchung an Ort und Stelle und rechtzeitige genaue Zeugenvernehmungen sind für die Klärung der Frage von besonderer Wichtigkeit. Schob (Dresden).

● **518. Morgenstern, Hans, Epilepsie und Unfallbegutachtung. III. Die ungerechtfertigte Anerkennung der genuinen Epilepsie als Unfallfolge.** Inaug.-Diss. Würzburg 1919. Gebr. Memminger.

Die genuine Epilepsie ist im allgemeinen keine Folge einmaliger Betriebsunfälle, wie außerordentlich oft fälschlicherweise in Gutachten angenommen wird. Es ist nicht einmal erwiesen, ob eine dauernde traumatische Hirnschädigung die genuine Epilepsie wesentlich und dauernd verschlimmern kann. Die Bedeutung harmloser Kopftraumen und gewöhnlicher Hirnerschütterung für das Zustandekommen von Epilepsie ist sehr überschätzt worden; auch die psychischen Insulte vermögen als Unfälle eine wesentliche Teilursache für die genuine Epilepsie nicht zu bilden. Die Differentialdiagnose: gewöhnliche unkomplizierte Hirnerschütterung? oder dauernde traumatische Hirnschädigung zusammen mit der Hirnerschütterung? ist oft recht schwierig und nur bei genauer Beobachtung der Art und Intensität der akuten Hirnerscheinungen nach dem Unfall zu stellen. Wichtig ist, daß eine rasche Rekonvaleszenz nach Hirnerschütterung gegen dauernde traumatische Hirnschädigung spricht. Schob (Dresden).

519. Drescher, Fritz, Epilepsie und Unfallbegutachtung. IV. Epilepsie und Psychopathie. Inaug.-Diss. Würzburg 1919. Gebr. Memminger.

In einem nicht geringen Prozentsatz kommen gerade auch bei Unfall-



kranken Epilepsie und Psychopathie nebeneinander vor. Neben den ersten epileptischen und epileptiformen Anfällen, die aus inneren Gründen auftreten: genuine Epilepsie, Anfälle bei organischen Hirnerkrankungen, Migräne, gehäufte kleine Anfälle (Friedmann), Narkolepsie, gibt es Anfälle, die stets nur reaktiv auftreten: Synkopale Anfälle (Stier) und die sog. Affektepilepsie (Bratz) oder reaktive Epilepsie (Bonhoeffer). Für die Diagnose auf epileptoide Reaktion bei Psychopathen ist also der Nachweis eines äußeren Anlasses notwendig. Nach dem Gutachtenmaterial Reichardts scheinen aber zwischen den beiden Typen Übergangsfälle vorzukommen. Der reaktive Typus hat für die Unfallbegutachtung wenig Bedeutung; denn bei einer epileptoiden Reaktion auf Schreck usw. bei einem Unfall handelt es sich um eine einzelne Krankheitserscheinung und nicht um die Auslösung eines länger dauernden Krankheitszustandes. Schob.

● **520. Schick, Leo, Epilepsie und Unfallbegutachtung. V. Unklare und diagnostisch besonders schwierige Fälle.** Inaug.-Diss. Würzburg 1919. Gebr. Memminger.

Mitteilung einer Reihe von diagnostisch schwierig zu beurteilenden Fällen: Spätepilepsie als angebliche Unfallfolge, Migräne und Epilepsie, epileptische Schwindelanfälle in Differentialdiagnose mit Labyrinthschwindel.

Schob (Dresden).

● **521. Schramm, Fridolin, Epilepsie und Unfallbegutachtung. I. Die epileptiformen Erscheinungen im Gefolge der dauernden traumatischen Hirnschädigung.** Inaug.-Diss. Würzburg 1919. Gebr. Memminger.

Reichardt hat in fünf Dissertationen seine Anschauungen über die Bedeutung der Epilepsie in der Unfallbegutachtung an der Hand von 60 Gutachten über epileptische Personen darlegen lassen. Schramm zeigt, daß im Vergleich zur großen Häufigkeit der genuinen Epilepsie traumatisch verursachte epileptiforme Erscheinungen bei den sog. Unfallkranken der Friedenszeit auffallend selten sind; im Gesamtmaterial machten sie nur 10% aus. Etwas anders verhält sich das Kriegsmaterial, wo wenigstens 20%, wahrscheinlich sogar 40% der dauernd Hirngeschädigten traumatisch-epileptische Erscheinungen aufweisen. Zwischen den epileptiformen Erscheinungen bei dauernder traumatischer Hirnschädigung und der genuinen Epilepsie ist ein scharfer Trennungsstrich zu ziehen. Beide Krankheiten haben außer den Symptomen nichts gemein; selbst diese sind teilweise verschieden: seltenes Vorkommen akuter epileptischer Psychosen bei der dauernden traumatischen Hirnschädigung, schwere Arbeitsbehinderung auch außerhalb der Anfälle und Steigerung der Anfälle durch Arbeit beim Hirngeschädigten im Gegensatz zum genuinen Epileptiker. Der Ausdruck „traumatische Epilepsie“ ist inkorrekt und kann Verwirrung stiften; er ist zu ersetzen durch die Bezeichnung „epileptiforme Erscheinungen bei dauernder traumatischer Hirnschädigung“. In jedem Falle ist die Frage zu erörtern: Hat der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer dauernden traumatischen Hirnschädigung geführt?

Schob (Dresden).



522. Held, William (Chikago), **Die neue Serumtherapie der Epilepsie.** Neurol Centralbl. **39**, 594. 1920.

Verf. verwirft die bisherige Therapie bei Epilepsie: die chirurgische (bei Jakson) füge erfolglos den Schock zu der ohnedies verminderten Widerstandsfähigkeit, der im Gegenteil ein Moment für die Beibehaltung von Anfällen bilde; die fortgesetzte Bromtherapie führe zu „graduellem Verfall der Geisteskraft". Die Lehre von den ätiologischen Faktoren der Epilepsie sei nur spekulativ; die spezifische Ursache seien vielmehr epileptogene Gifte, und die seien externen und internen Ursprunges. Die externen Vergiftungen entständen durch verdorbenes Fleisch oder kontraindizierte Nahrung, Eiter, devitalisiertes Zellengewebe; die inneren, besonders wichtigen durch Störungen des Gleichgewichtes der inneren Sekretion, die z. B. durch seelische Erregungen hervorgerufen werden könnten. Durch einen Schock könnte auch in manchen Fällen ein Epileptiker durch Veränderung der Sekretion seine Anfälle verlieren. Es sei gelungen, aus dem Blute von Epileptikern eine Substanz und ein Serum herzustellen, das einem ausgesprochenen Epileptiker injiziert, Anfälle oder ein krankhaftes Ersatzsymptom hervorbringt. Mit diesem antiepileptischen Serum wurden Kaninchen durch mehrere Einspritzungen immunisiert. Die von dem Tier gewonnene „antiepileptische Serumsubstanz" wird zur Behandlung des Epileptikers, mit dessen Blutgiften es geimpft wurde, verwandt. Der Effekt von 400 Fällen sei: in 70% „augenscheinlich günstige Resultate", d. h. wesentliche Verminderung der Zahl der Anfälle, in 18% Ausbleiben aller epileptischen Symptome seit 2 und 4 Jahren, in 30% keine merkbare Besserung. Verf. erhebt Anspruch darauf, „gezeigt zu haben, daß Epilepsie ein Hämotoxin ist, welches infolge gestörter Drüsenfunktion entsteht, und daß die rationelle Behandlung derselben im Beibringen von autogenen Elementen bestehen muß, welche die epileptogenen Gifte neutralisieren und die Drüsenkraft, kraft deren Affinität für homogene Elemente zu normaler Funktion stimulieren" (!). Krambach (Berlin).

523. Brühl, Franz, Luminal und Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. **67**, 990. 1920.

Erfahrungen an dem Kiedricher Hospital für weibliche Fallsüchtige. Alle Fälle erhalten nach Feststellung der Epilepsie abends 0,1 Luminal. Wenn der Erfolg (Verminderung der Anfallsfrequenz, der Anfallsintensität und Umwandlung in Absencen) ausbleibt, wird 2mal 0,1 gegeben, nur in seltenen Fällen 0,3; im Status bis 2mal 0,4 Luminalnatrium subcutan 0,1 täglich kann jahrelang ohne Schädigung der Kranken gegeben werden, 0,2 täglich monatelang. Auf Luminal reagieren Fälle von intra partum entstandener traumatischer Epilepsie nicht. Der blödsinnige Epileptiker wird durch Verminderung der Anfälle wieder regsamer. Krambach (Berlin).

Paralyse. Syphilitische Geistesstörungen.

524. Jahnel, F., Über das Vorkommen von Spirochäten in der Aorta bei progressiver Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 360. 1920.

Die Bedeutung dieser neuen Entdeckung Jahnels ist ohne weiteres



klar. Wir dürfen gespannt sein auf die Ergebnisse seiner weiteren Untersuchungen an der Aorta von Paralytikern. Von Interesse ist der Befund, wie J. schreibt, auch deshalb, weil bekanntlich Plaut die Anschauung vertritt, daß das Gehirn nicht die einzige Quelle der die Wassermannsche Reaktion verursachenden Substanzen sein könne. Sp.

525. Plaut, F., und G. Steiner, Weitere Erfahrungen bei Recurrensinfektionen. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 1101.

Paralytiker können nach Recurrens die WaR. verlieren; Verff. haben das sowohl bei Kranken beobachtet, die mit, als solchen, die ohne Salvarsan behandelt worden waren. Sie halten diese Erscheinung für bedeutsamer als die Beeinflussung des klinischen Krankheitsbildes. Eugen Kahn.

526. Gärtner, Wolf, Über den Einfluß der Kultur auf die Paralyseentstehung. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 1163.

Verf. hält die Kultur nur für einen sekundären Faktor in der Pathogenese der Paralyse und ist der Meinung, daß die schwache Anlage des allergischen Vermögens den Luetiker der paralytischen Erkrankung zum Opfer fallen läßt. Eugen Kahn (München).

Verblödungsprozesse. Psychosen bei Herderkrankungen.

527. Künkel, F. W., Die Kindheitsentwicklung der Schizophrenen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 48, 254. 1920.

An 103 Fällen von Dementia praecox der Irrenanstalt Eberswalde wurde eine eingehende Anamnese hinsichtlich ihrer Charakterentwicklung im 5., 10. und 15. Lebensjahre aufgenommen, um festzustellen, wie es mit der Häufigkeit der vier von Kraepelin hervorgehobenen Typen steht (1. stilles, scheues, zurückgezogenes Wesen; 2. Reizbarkeit, Aufgeregtheit, Eigensinn usw.; 3. träge, arbeitsscheu, unstetig, zu schlechten Streichen geneigt; 4. lenkbar, gutmütig, ängstlich, gewissenhaft und fleißig, Muster von Bravheit). Bei $^6/_7$ der Kinder ließen sich teils einzeln, teils kombiniert diese Symptomenkomplexe aufweisen. Sie sind psychologisch einheitliche Gebilde, Syndrome, die sich sämtlich auf genau charakterisierbare Störungen zurückführen lassen (autistisches, reizbares, asoziales und pedantisches Syndrom). Das Gemeinsame dieser Störungen scheint darin zu liegen, daß die normale Wechselwirkung zwischen Antrieb und Gegenantrieb entweder gar nicht oder nur langsam und unvollständig zur Geltung kommt (Steifigkeit der Affekte). Trotzdem die Kindheitssyndrome vielleicht bei den künftigen Schizophrenen regelmäßig vorkommen, sind sie doch bis jetzt noch kein differentialdiagnostisch sicheres Merkmal, da sich diese Erscheinungen noch nicht gegen ähnliche bei Psychopathen, Epileptikern und Manisch-Depressiven abgrenzen lassen. Während die körperliche Minderwertigkeit der meisten späteren Schizophrenen auf eine krankhafte Disposition schließen läßt, sind dagegen die Kindheitssyndrome bereits als erstes Stadium der Krankheit aufzufassen. Der Beginn der Schizophrenie muß demnach sehr früh, vielleicht schon im intrauterinen Leben gesucht werden, so daß die Krankheit in eine infantile, eine reife und eine senile Phase zerfällt, nämlich in Kindheitssyndrom, flagrante Psychose und Endzustand. Lotmar (Bern).



Infektions- und Intoxikationspsychosen. Traumatische Psychosen.

528. Adamkiewicz, Martin, Schwere Vergiftung durch Benzoldämpfe mit nicht tödlichem Ausgang. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 1171.

Der mitgeteilte Fall ist für den Psychiater wegen der psychischen Störung — Erregung, Umsichschlagen von kurzer Dauer, Amnesie — und wegen der Beschreibung des Verf. über seine eigenen Empfindungen bei der Bergung des Vergifteten — rauschartiger Zustand — bemerkenswert.

Eugen Kahn (München).

529. Meyer, A., Psychosen und Neurosen bei und nach Grippe. Arch. f. Psych. **62**, 347. 1920.

Verf. teilt 43 Fälle von psychischer bzw. nervöser Störung nach Grippe mit und erörtert die sich an die Infektionspsychosen knüpfenden Fragen, ohne zu neuen Ergebnissen und Fragestellungen zu kommen. In 12 Fällen lag hereditäre Belastung vor, 19 Kranke waren nervös veranlagt, Frauen erkrankten häufiger als Männer (28: 15), nervöse Störungen (hyperästhetisch-emotionelle Schwächezustände) sind häufig, Dementia praecox und manisch-depressives Irresein können durch Grippe ausgelöst werden.

Henneberg.

530. Runge, Über Psychosen bei Grippe. Ein Beitrag zur Frage der Pathogenese und nosologischen Stellung der Infektionspsychosen (Schluß). Arch. f. Psych. **62**, 309. 1920.

Personen über 30 Jahr erkrankten häufiger als jüngere, Frauen häufiger als Männer. Neuro- und psychopathische Konstitution findet sich öfter, und zwar bei allen Formen von Grippepsychosen, bei den postfebrilen Formen häufiger als bei den febrilen. Im Initialstadium ist der Ausbruch der Psychose selten, febrile Erkrankung war in der letzten Epidemie häufiger als postfebrile. Ein grundlegender Unterschied zwischen febriler und postfebriler Erkrankung besteht nicht, die besonders schweren Formen von delirantem und amentiaartigem Charakter kommen am häufigsten im febrilen Stadium vor. Spezifische Grippepsychosen gibt es nicht, doch sind die Krankheitsbilder bei Grippe auffallend oft depressiv gefärbt. Die Prognose ist im allgemeinen günstig. Eine strenge Trennung zwischen endogenen und exogenen Typen ist nicht möglich, homonome Zustandsbilder sind bei Grippe sehr selten, dagegen kommt manisch-depressive Färbung des Krankheitsbildes in Sonderheit bei leichter Erkrankung häufiger vor.

Henneberg.

Paranoia und paranoide Geistesstörungen.

531. Gaupp, Der Fall Wagner. Eine Katamnese, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 312.

Seit dem Erscheinen von Gaupps Buch über den Massenmörder und Brandstifter Wagner (Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **9**, 823) sind 6 Jahre vergangen. W. hat diese Jahre in einer Heilanstalt verleben müssen, so sehr er sich auch dagegen wehrte, als krank zu gelten und so dringend er darum bat, geköpft zu werden. Die geistige Lebhaftigkeit hat



nicht gelitten, von einem Verfall im Sinne der Schizophrenie ist keine Rede. Auch der paranoide Prozeß ist nicht fortgeschritten; im Gegenteil, ein wichtiger Teil des früheren Wahnsystems wird als „gentum“ fallen gelassen. Dennoch treten, allerdings episodisch, auch neue Beziehungsideen auf: Wahrnehmungen wurden im Sinne der überwertigen sexuellen Schuldidee verfälscht. Auch die Selbstüberschätzung zeigte sich immer wieder: W. bewarb sich mit einem im übrigen nicht unbegabten Drama um den Schillerpreis, schickte ein anderes mit stolzen Worten an eine Theaterleitung, machte auch der Obersten Heeresleitung militärische Vorschläge. Dies der äußere Verlauf. Was W. selbst über Entstehung und Zusammenhänge seines Wahnes schreibt, insbesondere über die Psychologie der Beziehungsideen und den Zusammenhang von Stolz und Leiden, Größenwahn und Depression, ist von nicht abzuschätzender Bedeutung nicht nur für die Lehre von der Paranoia als Fortentwicklung einer abnormen Persönlichkeit, sondern auch für die vergleichende Psychologie überhaupt.

Kurt Schneider.

Degenerative psychopathische Zustände. Pathographien.

532. Theunissen, W. F., Psychopathische Individuen. Geneesk. Tijdschr. v. Ned.-Indië **60**, H. 1.

Theoretische Betrachtungen. van der Torren (Castricum).

533. Steckel, W. (Wien), **Krieg und Impotenz.** Med. Klin. **30**, 775. 1920.

Meist handelt es sich um psychische Impotenz bei erhaltener physischer Potenz. Die Entfernung von der geliebten Frau führte in vielen Fällen nach vorausgegangenem Liebesrausch bei der Trennung zu einer affektativen Unterschätzung. An der Hand einer Reihe analysierter Fälle sucht Verf. den Ursachen der psychischen Impotenz auf die Spur zu kommen. Die besonderen Milieuverhältnisse der Front führten zu einer Regression auf sexuellem Gebiet. Der Mangel des gewohnten Geschlechtsverkehrs ließ viele Männer zu autoerotischen Handlungen zurückkehren. Hierbei wurden die der Wirklichkeit angepaßten Lustphantasien allmählich durch die Sexualideale der Kindheit ersetzt. In vielen Fällen kommt es zum Aufleben längst verdrängter masochistischer und homosexueller Neigungen. Gerade die Zunahme der Homosexualität während des Krieges ist dem Verf. ein Beweis dafür, daß es Fälle angeborener Homosexualität nicht gibt, daß es sich beim Urningtum zumeist um eine Neurose handelt.

S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

Psychogenie. Hysterie.

534. Quensel, P., Die Behandlung der Unfallneurotiker. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 77.

Der Vortrag befaßt sich nicht nur mit der ärztlichen, sondern ganz besonders mit der sozialgesetzlichen Behandlung der Unfallneurotiker. Auf Grund großer persönlicher Erfahrung wird die Neuordnung der Reichsversicherungsordnung und das Für und Wider aller einschlägigen Vorschläge kritisch besprochen. Kurt Schneider (Köln).



Kriegsneurosen.

535. Stiefler, Georg, Erfahrungen und Vorschläge über die militärärztliche Verwendung und Stellung des psychiatrisch geschulten Neurologen im Kriege, im besonderen bei der Armee im Felde. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **59**, 287.

Empfehlung frontnaher Nervenstationen und weitgehender Heranziehung des — worauf Nachdruck gelegt wird — psychiatrisch geschulten Neurologen im militärärztlichen Frontbetriebe. Die Ausführungen wurden bereits Ende 1918 fertiggestellt. F. Wohlwill (Hamburg).

● **536. Loewy-Hattendorf, Erwin, Krieg, Revolution und Unfallneurose. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung.** Bd. 11, 4. Heft. Berlin 1920, Verlag von Richard Schoetz. 31 S. Preis M. 3,20.

Zusammenfassende Übersicht über die Therapie der Kriegsneurosen. Der völligen therapeutischen Ungunst auf diesem Gebiete gerade in der gegenwärtigen Zeit werden doch einige, wenn auch unsichere Hoffnungen gegenübergestellt; allerdings müßten dazu gewisse Vorbedingungen erfüllt werden, über die sich alle maßgebenden Autoren wenigstens grundsätzlich einig sind: Aufklärung der Arbeiterschaft über die Natur der Unfall- und Rentenneurosen, über ihre Heilungsbedingungen; Kontrolle der Arbeitervertreter über die soziale Lage der zu behandelnden Neurosenfälle; Kapitalabfindung als therapeutischer Faktor; möglichst frühzeitige Unterbringung der Neurotiker in heimatfernen Speziallazaretten; Erziehung aller Ärzte dazu, daß vor der Behandlung, beim Untersuchen derartiger Fälle, jeder Mißgriff vermieden wird, der das neurotische Syndrom verstärken könnte; Arbeitstherapie im Sinne der Erfahrungen der letzten Kriegsjahre.

Kronfeld (Berlin).

X. Anstaltswesen. Statistik. Erblichkeitsforschung. Allgemeines.

537. Roemer (Konstanz), **Über die sozialen Aufgaben des Irrenarztes in der Gegenwart.** Vortrag auf der südwestdeutschen Psychiater-Versammlung zu Karlsruhe, November 1920.

Der Vortr. bespricht die sozial-psychiatrischen Aufgaben, die den Anstaltsärzten aus dem zwingenden Gebot größter Sparsamkeit infolge der allgemeinen Notlage und der enormen Verteuerung des Anstaltsbetriebes sowie der Notwendigkeit, unter Ausnutzung wichtiger Kriegserfahrungen den neu entstandenen Bedürfnissen der Gegenwart gerecht zu werden, erwachsen. In erster Linie wird die Ermöglichung der Frühentlassung durch eine planmäßige Entlassenenfürsorge gefordert. Die Hospitalisierung der Geisteskranken, insbesondere der Schizophrenen, kann angesichts des unerwartet günstigen Verlaufs der gegen ärztlichen Rat erzwungenen Entlassungen, wie ihn Tomaschny, Uhlmann, Treiber und Müller übereinstimmend festgestellt haben, nicht mehr als die allein berechtigte Fürsorgeform betrachtet werden; die Frühentlassung hat sich im Burghölzli in immer größerem Ausmaße bewährt und findet in Verbindung mit der Entlassenenfürsorge, wie sie Kolb, Moeli, Feretti,

Puppe bzw. Müller - Hess und Starlinger organisiert haben, auch in Deutschland immer mehr Eingang. Ein allgemeiner Versuch mit dieser Fürsorgeform ist somit ärztlich zulässig und infolge der großen Notlage dringend geboten. Die Einzelheiten der Entlassenenfürsorge, wie sie sich aus den bisher vorliegenden Erfahrungen ergeben, werden unter Betonung der nötigen Einschränkungen und Vorsichtsmaßregeln angeführt. Insbesondere wird vor Frühentlassungen ohne organisierte Entlassenenfürsorge gewarnt. Die zweite Forderung bezieht sich auf die Einrichtung poliklinischer Beratungsstellen für psychisch Abnorme an den Anstalten, durch die die psychotherapeutischen Kriegserfahrungen für die Allgemeinheit nutzbar gemacht, manche Anstaltsaufnahme erspart und die Beziehung der Anstalt zu den sonstigen sozialhygienischen Fürsorgeeinrichtungen gepflegt werden soll. Als dritte Aufgabe wird die Inangriffnahme der Aufklärungsarbeit bezeichnet, sie soll für die heute besonders dringliche Verhütung der luetischen und alkoholischen Geistesstörungen sowie für richtigere Anschauungen über das Wesen der Geisteskrankheiten und die Aufgabe der Anstalten werben, sowie den Ärzten, Richtern, Geistlichen und Lehrern den für sie wichtigen Einblick in die Psychopathologie vermitteln. Durch eine solche Betätigung im Sinne der angewandten Psychiatrie können die Anstaltsärzte die Anstalten in das wünschenswerte nahe Verhältnis zur Bevölkerung bringen und zugleich das Ansehen des irrenärztlichen Standes fördern.

Diskussion. Neumann (Karlsruhe): Die Frühentlassung Geisteskranker stellt ein gerade in der jetzigen Zeit doppelt interessantes sozialpolitisches Experiment dar, in dem sozusagen von der bisherigen „Sozialisierung" der psychiatrischen Versorgung zu einem System des freien Spiels der Kräfte übergegangen werden soll. Ein Bedenken gegen den in vieler Hinsicht sicher einen Fortschritt bedeutenden Versuch erblickt Neumann in der Gefahr der — ehelichen und außerehelichen — Kindererzeugung seitens der Frühentlassenen, einer Gefahr also genetischer Natur. Dasselbe gilt mutatis mutandis auch hinsichtlich der Verbrechen. Neumann fragt Herrn Bleuler, ob und welche Erfahrungen nach dieser Richtung hin in der Schweiz, insbesondere in seinem irrenärztlichen Wirkungsbereiche mit den Frühentlassungen gemacht worden sind. Als Voraussetzung für die Durchführbarkeit der Frühentlassung fordert Neumann eine gründliche Reorganisation der Irrenhilfsvereine, am besten in Zusammenarbeit mit der Trinkerfürsorge, und außerdem eine zweckentsprechende Erweiterung der Irrengesetzgebung.

Bleuler (Burghölzli): Wenn auch die frühen Entlassungen die Gefahr mit sich bringen, daß der eine oder andere Schizophrene ein Kind mehr zeugt als bei längerem Anstaltsaufenthalt, so kommt das numerisch nicht in Betracht. Die Schizophrenen pflanzen sich, wie das Genie, meist nicht direkt, sondern durch die Seitenlinien fort. Mit der Überwachung der entlassenen Verbrecherischen sind wir theoretisch sehr unzufrieden; praktisch aber muß ich konstatieren, daß wenige derselben zurückgekommen sind, und daß wenige neue Verbrechen geschehen sind. — In dem Vortrag Römers vermisse ich das Wichtigste, die Vorbeugung. Auf den meisten Gebieten der Psychiatrie, wo man davon redet, ist nichts zu erreichen; nur zwei Ursachen könnte man wirklich ausschalten. Die Syphilis ist unterdrückbar; man will sie aber nicht unterdrücken, weil man in die „persönliche Freiheit" eingreifen müßte. Nicht ganz gleich steht es mit der Vorbeugung des Alkoholismus, der in erschreckender Weise wieder zunimmt, seit die Behörden das Verbrechen gegen die Hygiene begangen haben, die Herstellung stärkerer Biere wieder zu erlauben. Da ist es die tausendjährige suggestive Einstellung zu den Alkoholwirkungen, die bei diesem Thema das konsequente Denken und Handeln



verhindert. Es ist aber Pflicht, namentlich der jüngeren Psychiater, ohne Vorurteil die Alkoholfrage gründlich zu studieren; dann werden sie einsehen lernen, daß die Empfehlung der Mäßigkeit im Kampf gegen den Alkoholismus nicht nur eine Utopie, sondern direkt schädlich ist.

Lilienstein (Bad Nauheim) hat 1908 auf einer Reise in Sidney (Australien) in der dortigen Staatsirrenanstalt (Callan-Park-Asylum) die Einrichtung der Entlassenenfürsorge gefunden. Der frühere Direktor, Dr. Chisholm Ross, der die Einrichtung geschaffen hatte, versicherte, daß eine erhebliche Entlastung der Anstalt erzielt worden sei. Einer der zwei Ärzte der Anstalt war ständig für diese Externen-Abteilung tätig. Es waren im wesentlichen ruhige, pflegebedürftige Kranke (Paralytiker, Senile usw.), die auf diese Weise versorgt wurden.

L. Mann (Mannheim): Die Anregungen Römers sind sehr begrüßenswert. Sie decken sich zum größten Teil mit den Ausführungen, die Mann vor dieser Versammlung 1907 vortrug. Mann hält für eine Voraussetzung aller Entlassungen, daß bei der Entlassung schon die wirtschaftliche Unterbringung gesichert ist. In den großen Städten ist das, zumal bei der jetzigen wirtschaftlichen Lage, nicht einfach. Aber es wird sich sicher ermöglichen lassen, bei rechtzeitiger geeigneter Organisation der Arbeitsnachweisstellen und Verbindung der Fürsorgestellen mit diesen. Am besten geschieht dies in Verbindung mit der amtlichen Fürsorgestelle füs Kriegsbeschädigte, wenigstens da, wo wie in Mannheim ein Fürsorgearzt die Grundlagen für die Arbeitsauswahl und Berufsberatung liefert. Auch dann werden sich aus dem Vorurteil gegen entlassene Geisteskranke noch genug Schwierigkeiten ergeben, wie Mann in drastischer Weise wiederholt erfuhr. Trotzdem muß mit Energie an der Außenfürsorge besonders durch Aufklärung gearbeitet werden. Große Schwierigkeiten und Rezidivgefahren bringt die Wohnungsnot in den Städten mit sich, bei allen den Reibungen, die sich aus dem engen Zusammenhausen in oft geradezu entsetzlichen Wohnungen ergeben, ist der entlassene Geisteskranke der gesunden Umgebung gegenüber in gefährlichem Nachteil. — Zwanglos ließe sich der Kriegsbeschädigtenfürsorgestelle eine psychiatrische Beratungsstelle anschließen, der alle Aufgaben der Stadtpsychiatrie zufallen würden. (Sozialhygienische Prophylaxe, Milieuschädigungen, Hilfsschulen, Fürsorgeerziehung, Familienforschung, Anamnesen, Katamnesen, Statistik, Fürsorge für die Entlassenen, Beratung der Angehörigen, Alkoholbekämpfung usw.). — Eine Verbindung mit der Beratungsstelle für Geschlechtskranke und der Lungenfürsorge hält Mann solange nicht für angebracht, als die sicher kommende Zentralisierung aller Fürsorgeeinrichtungen noch nicht durchgeführt ist. Dann ergibt sich von selbst eine Sonderabteilung Irrenfürsorge der zentralen Fürsorgestelle. Den sog. Kriegsneurosen gegenüber mahnt Mann zur größten Vorsicht, sie bedürfen seiner Ansicht nach in der überwiegenden Mehrzahl mehr einer energischen zielbewußten sozialen als ärztlichen Behandlung.

Kläsi (Burghölzli-Zürich) hat als Inhaber des der Direktion Burghölzli unterstellten zürcherischen Irreninspektorates erfahren, daß das von Hellpach in Sachen wissenschaftlicher Forschung gebrauchte Wort vom Vorteil der Dürftigkeit der Hilfsmittel auch in der Privatirrenpflege seine Gültigkeit hat, insofern als häufig diejenigen Kranken am besten untergebracht sind, welche den Staat am wenigsten kosten. Mit Vorliebe melden sich nämlich als Pfleger ärmere Bauern vom Lande, welche aus der Arbeitskraft des Patienten natürlich möglichst viel Nutzen ziehen wollen. Müssen sie für diese etwas bezahlen, schätzen sie sie selbstverständlich höher ein, als wenn sie noch ein Kostgeld dazubekommen, ganz abgesehen davon, daß dann gewisse unliebsame Bewerber zurückstehen. Referent hat darum seit $1^1/_2$ Jahren angefangen, die Leute möglichst in bezahlten Stellen unterzubringen, oder, wenn dies nicht möglich, sowohl Pflegern wie Pfleglingen einzuschärfen, daß die Versorgung nur vorläufigen Charakter habe und dem Kranken freigestellt sei, später allenfalls eine andere Stelle zu suchen. Diese Versorgungsart schützt sowohl die Kranken vor Ausbeutung, als gibt sie ihnen die Suggestion, daß sie nicht einfach nur verdingt seien, sondern als Arbeiter gelten, die ihr Los noch verbessern können. Man sieht, es brauchen nicht notwendig reiche Geldmittel zur Verfügung zu stehen. — Vor der regelmäßigen Inanspruchnahme von Hilfsvereinen und religiösen Körperschaften bei Beschaffung von

Pflegeplätzen wird gewarnt. Es gibt darunter zu viele schlechte Menschenkenner und andererseits „Idealisten“, welche die Leute ausnützen und sich dabei noch einbilden, weiß was für ein gutes Werk zu verrichten. Am besten fährt man mit staatlich bestellten und bezahlten Hilfskräften. In Zürich, das gegenwärtig 130 Familienversorgte hat, ist es eine Frau, welche regelmäßig die Kleider- und Wohnungshaltung besichtigt und die Bureauarbeiten verrichtet. — Mit Spar- und Fürsorgemaßnahmen sind aber die sozialen Aufgaben des Psychiaters nicht erschöpft. Das Übel muß an der Wurzel gepackt werden. Man muß den Ursachen der Schwierigkeiten nachgehen. Im Vordergrund derselben steht die schon Jahrzehnte vor dem Krieg in Erscheinung getretene Arbeitsscheu, welche nachgerade zu einer eigentlichen Flucht vor der Arbeit geführt hat. Nach der Ansicht des Referenten wurzelt sie hauptsächlich in drei Dingen: in der Verindustrialisierung der Massen, in verkehrten Gepflogenheiten der ärztlichen Praxis und ihrer Anhängsel, der Krankenkassen und drittes in der Vermaterialisierung oder Entkirchlichung des Volkes. Die Schuld der Verindustrialisierung ist die, immer mehr Leute zu einer Arbeit gezwungen zu haben, die nicht nur nicht ihrer Wahl und ihren natürlichen Neigungen und Fähigkeiten entsprach, sondern zu der sie auch keine persönlichen Beziehungen hatten, im Gegensatz etwa zum Bauer oder Handwerker, die unter ihrer Hand etwas werden sehen, und im Gegensatz auch zu uns, die wir in unsere, ebenfalls als Bürde empfundene viele Schreibarbeit immerhin unseren Stil und unsere persönlichen Ansichten hineinlegen können.
auch zu uns, die wir in unsere, ebenfalls als Bürde empfundene viele Schreibarbeit immerhin unseren Stil und unsere persönlichen Ansichten hineinlegen können.
Schuld vieler Ärzte ist es, der Verbreitung der abscheulichen Suggestion, die Arbeit sei etwas Lebensfeindliches, Gesundheitsschädliches, allen Vorschub geleistet zu haben. Oder sind nicht alle Tage so und so viele Menschen wegen der unbedeutendsten, lächerlichsten körperlichen Schäden und Gebrechen von der Arbeit befreit worden, und gibt es nicht Krankenkassen, welche ihren Mitgliedern unter Androhung des Verlustes von Entschädigungsansprüchen geradezu verbieten, zu Hause zu arbeiten, wenn ihnen der Arzt wegen eines Hustens oder eingewachsenen Nagels für Tage und Wochen Müßiggang verschrieben hat? Den Schuldanteil der Vermaterialisierung näher zu beschreiben, erübrigt sich. Jeder weiß, was der Verlust des kategorischen Imperativs bedeutet. Als Hilfen kommen vom psychiatrischen Standpunkt aus drei Mittel in Betracht. Um dem Zwangsarbeitsmoloch möglichst viele Menschen zu entreißen, müssen wir Berufspsychologie treiben. Wir müssen lernen, welche Anforderungen dieser und jener Beruf an Leib und Seele stellen, damit wir durch die an unseren Polikliniken errichteten oder mit ihnen in Verbindung stehenden Berufsberatungsstellen Kindern und Eltern mit Ratschlägen an die Hand gehen können. Die Scheu vor der Arbeit soll bekämpft werden, indem wir keine Gelegenheit vorbeigehen lassen, ohne unter Hinweis auf unsere Erfolge mit der Arbeitstherapie das Lob der Arbeit als eines Kräftigungs- und Allheilmittels zu verbreiten und zu bedeuten, daß diese etwas so Lebens- und Kulturnotwendiges ist, daß wir sie auch dann suchen müssen, wenn wir krank sind. — Was die Entkirchlichung anbetrifft, wird auf die französische Revolution hingewiesen, welche in klarer Erkenntnis der Notwendigkeiten nach Abschaffung des hergebrachten Kultes die „Religion der Vernunft“ gegründet und den Staat als höchste sittliche Macht erklärt hat. Es braucht nichts nachgeahmt zu werden, aber wir sollen uns die Aufgabe stellen, experimentalpsychologisch sowohl wie durch klinische Beobachtung und Beschreibung den „sozialen Trieb“, den Trieb zum Opfer und zur Entsagung, nachzuweisen, faßbar geworden, müßte er als notwendige Eigenschaft von jedem Durchschnittsmenschen gefordert werden. Wer ihn nicht hat, soll als minderwertig gelten, wer sich durch Lebens- und Geschäftsführung gegen ihn versündigt, der Verachtung anheimfallen, wie im Mittelalter der Henker und Bader und in neuerer Zeit der Spelunkenwirt und Zuhälter. — Die Aussprache gipfelt in der Hoffnung, daß sich zu der einen Wahrheit (ein großer Teil der Kultur kommt von den Geisteskranken) die andere geselle: ein Großteil der sozialen Gesundung kommt von den Irrenärzten.

Homburger (Heidelberg) stimmt den vom Vortragenden vertretenen Ansichten zu und empfiehlt, den Polikliniken eine heilpädagogische Beratungsstelle



anzugliedern. Dieselbe wird am zweckmäßigsten, wie dies in Heidelberg seit 3 Jahren der Fall ist, in den Ambulanzräumen der Kinderklinik abgehalten. Auf diesem Wege ergibt sich in der einfachsten Weise die Verbindung zwischen dem kinderärztlichen und psychiatrischen Teil der Jugendfürsorge.

Gruhle (Heidelberg): Die Organisationen der Hilfsvereine sind äußerst reformbedürftig. Die Auswahl der Vertrauensleute ist die Hauptsache. Nur geeignete Persönlichkeiten sollen gewählt werden, nicht schematisch Ratsschreiber und dgl. Die Geistlichkeit und die Hilfsschullehrer sind besonders für die Fürsorgetätigkeit zu interessieren.

Sommer (Gießen) weist im Anschluß an die Bemerkungen von Gruhle daraufhin, daß die Hilfsvereine nur bei richtiger Organisation viel leisten können. Die Hauptsache ist: 1. eine persönliche Fühlungnahme des Psychiaters, von dem die Entlassungen abhängen, mit den Vertrauensleuten. Diese müssen an die Anstalt herangezogen und durch erläuternde Vorträge in die psychiatrische Denkweise eingeführt werden; 2. die durch den Hilfsverein vermittelte persönliche Fühlungnahme mit den entlassenen Kranken. Die Unterstützung vom Hilfsverein, besonders wenn sie zu regelmäßigen nachträglichen Besuchen des Kranken in der Anstalt führt, bildet eine günstige Vermittlung in dieser Beziehung.

Roemer (Schlußwort): Die vorgeschlagene Verbindung der Entlassenenmit der Trinkerfürsorge wird sich zweifellos empfehlen. Die Hilfsvereine müssen über die wenig zweckvolle Unterstützung der „Anstaltsbummler" hinaus zu sinngemäßer Betätigung gefördert werden, namentlich durch stärkere Heranziehung und fachärztliche Unterweisung der Vertrauenspersonen, die besonders in ländlichen Bezirken durch Berichterstattung der Fürsorge wichtige Dienste leisten. Diese darf nicht den Anstrich der Armenunterstützung bekommen und muß ordnungsmäßig von hauptamtlich angestellten Kräften wahrgenommen werden. Der ärztliche Leiter gibt dabei die Anweisungen, die Ausführung fällt in notwendiger Arbeitsteilung und auch wegen der gebotenen Zurückhaltung in der Regel den Hilfskräften zu. Erfolge mit der Frühentlassung und der freien Fürsorge sind in Deutschland noch wenig umfangreich und noch weniger bekannt. Zur Förderung der wichtigen Angelegenheit empfiehlt es sich, daß die Ärzte, die auf diesem Gebiet arbeiten, und etwa solche, die sich für die Hilfsvereine interessieren, ihre Erfahrungen baldgelegentlich, etwa im Anschlusse an die nächste Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, austauschen.

Nach Eigenberichten durch Hauptmann.

● **538. Goldschmidt, R., Der Mendelismus.** Paul Parey. 1920. S. 77. Preis M. 6.—.

Goldschmidt gibt eine kurze, übersichtliche und gemeinverständliche Darstellung der wichtigsten biologischen Vererbungstatsachen, die besonders „für solche Leser, die aus ärztlichen oder sozialen Gründen täglich mit der Frage der Vererbung in Berührung kommen", gedacht ist. Es wäre lebhaft zu begrüßen, wenn dieses kleine Büchlein auch in psychiatrischen Kreisen Anklang finden würde. Bei der immer wachsenden Bedeutung der psychiatrischen Vererbungswissenschaft ist die allgemeine Verbreitung der biologischen Forschungen nicht nur wünschenswert, sondern durchaus notwendig. H. Hoffmann (Tübingen).

539. Weinberg, W., Methologische Gesichtspunkte für die statistische Untersuchung der Vererbung bei Dem. praec. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **39**. 1920.

Diese rein mathematisch-statistische Arbeit wird nur von dem Berufsstatistiker restlos verstanden und gewürdigt werden können. Die komplizierten, sicherlich exakten Berechnungen werden nur dann zu einem richtigen, endgültigen Ergebnis führen, wenn wir ein umfangreiches, in allen seinen Teilen peinlich genau untersuchtes Material zugrunde legen können.

Diese Bedingung ist wohl heute in der Psychiatrie noch nicht erfüllt Es steht so die mangelnde Exaktheit des Materials, die wir heute und auch in Zukunft nur schwer werden beseitigen können, mit der exakten statistischen Auswertung in ausgesprochenem Mißverhältnis. Daher halte ich es für verfrüht, heute schon Mendelsche Regeln beim Menschen errechnen zu wollen. In dieser Hinsicht stimme ich mit Weinberg durchaus überein. — Sicherlich bestehen zwischen Häufigkeit der Verwandtenehen und dem Erbmodus einer Anlage bestimmte Beziehungen. Die Erhöhung des Inzuchtprozentsatzes gegenüber der Gesamtbevölkerung spricht durchaus für Recessivität, ohne daß wir jedoch heute schon in der Lage wären. uns eine bestimmte Form der Recessivität aus den vorliegenden Zahlenverhältnissen errechnen zu können. Wir sind nicht imstande, zu einem „Stichentscheid“ zwischen Dominanz und Recessivität zu kommen, „solange wir nicht über alle möglichen Kreuzungsgruppen genügend zahlreiches Material besitzen“. Dabei bedürfen die sog. Zwischenstufen zwischen gesund und krank besonderer Berücksichtigung. Der Vererbungsforscher muß sich eingehend mit den sog. Psychopathentypen auseinandersetzen. So werden wir allmählich zu besserer Erkenntnis uns durchringen.

H. Hoffmann (Tübingen).

540. Fleischer, B., und W. Josenhans, Ein Beitrag zur Frage der Vererbung der familiären Sehnervenatrophie (Lebersche Krankheit). Arch. f. Rass. u. Ges. Biol. **13**, 129. 1920.

Nach einer eingehenden kritischen Literaturübersicht schildern die Verff. ihre ausgedehnten Untersuchungen an einer Familie, in der eine Reihe von Fällen mit Neuritis retrobulbaris und Sehnervenatrophie beobachtet wurde. Mit Sicherheit konnten 10 Fälle festgestellt werden. Unter den Vorfahren waren nach anamnestischen Angaben wahrscheinlich noch 7 Glieder von derselben Erkrankung befallen. Außerdem fanden sich bei einer kleinen Anzahl von Familiengliedern andere pathologische Befunde, die zweifellos mit dem eigentlichen Familienleiden nichts zu tun hatten, die wohl bei einer gleichen Zahl beliebig ausgelesener anderer untersuchter Personen in ähnlicher Weise beobachtet wären. — Sämtliche, auch die anamnetisch festgestellten Krankheitsfälle, betrafen nur das männliche Geschlecht. Alle Erkrankten waren ausschließlich durch die weibliche Linie mit dem Stammelternpaar verwandt. In keinem Fall wurde das Leiden bei Frauen festgestellt. Nirgends konnte beobachtet werden, daß die Vererbung auch durch den Vater erfolgt wäre, wie es gelegentlich nach der Hornerschen Regel des recessiv-geschlechtsbegrenzten Erbganges der Fall sein müßte. Auch die Literaturübersicht bestätigt die in dieser Familie festgestellte Tatsache, daß die Anomalie nur durch gesunde Frauen übertragen wird. — Sollte die Hornersche Regel für die Sehnervenatrophie zutreffen, so wäre noch der Nachweis zu erbringen, daß die Übertragung auch durch kranke Männer erfolgen kann.

H. Hoffmann (Tübingen).

541. Gross, K., Über Vererbung von Augen- und Haarfarbe und den Zusammenhang beider. Arch. f. Rass. u. Ges. Biol. **13**, 164. 1920.

An Hand eines Stammbaumes entwickelt Verf. eine mendelistische

Theorie für Augen- und Haarfarbe, indem er für Iris- und Haarpigmentierung je einen Grundfaktor, für beide einen gemeinsamen Auslösungsfaktor annimmt. Zum Beweise dieser Hypothese wären umfangreiche statistische Untersuchungen notwendig, die sich relativ leicht bewerkstelligen ließen. Der interessante und biologisch durchaus denkbare Deutungsversuch eines einzelnen Stammbaumes wird vom Verf. in durchaus korrekter Weise nur als solcher aufgefaßt. H. Hoffmann (Tübingen).

● **542. Fehlinger, H., Das Geschlechtsleben der Naturvölker.** Monographien zur Frauenkunde und Eugenetik, Sexualbiologie und Vererbungslehre. Herausgegeben von Max Hirsch. Nr. 1. Leipzig, Verlag von Curt Kabitzsch. 1921. 93 S. Preis M. 15,—.

Von den sexuellen Anschauungen, Verboten und Normen der Naturvölker wird eine Materialauswahl geboten. Unbekanntes wird kaum gesagt, das Gebotene aber wird von freimütiger und unbefangener Dezenz getragen. Behandelt werden das Schamgefühl, die Werbesitten, die voreheliche und eheliche Geschlechtsfreiheit und ihre Beschränkungen, die Ehe, Geburt, Kindesabtreibung, die Tatsache der Unkenntnis des Zeugungsvorgangs und die Verunstaltungen der Geschlechtsorgane bei primitiven Völkern. Das letztgenannte, sehr eigenartige Gebiet wünschte man sich noch eindringender analysiert. Gewisse Einzelheiten scheinen etwas unkritisch von Forschungsreisenden übernommen zu sein; z. B. der Penisschutz der brasilianischen Indianer — wegen des Eindringens kleiner Fische in die Urethra beim Baden! Das große Werk von Stoll ist merkwürdigerweise überhaupt nicht zitiert. Das Büchlein bietet aber eine Fülle anregender Belehrung in angenehmer Form. Kronfeld (Berlin).

● **543. v. Jaschke, R. Th., und O. Pankow, Lehrbuch der Geburtshilfe.** (Runges Lehrbücher der Gynäkologie und Geburtshilfe, fortgeführt von den Verff.) 737 S. Berlin, Springer, 1920. Preis M. 78,—.

In dem glänzend ausgestatteten Lehrbuche haben auch die neurologischen und psychiatrischen Fragen der Geburtshilfe eine kurze Darstellung erfahren. Die Besprechung der Psychosen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hält sich streng an Siemerlings Ausführungen. Die Beziehungen von Epilepsie und Hysterie zur Geburtshilfe sind sehr kurz gehalten. Hinsichtlich der Hyperemesis gravidarum vertreten die Autoren unbedingt die toxämische Auffassung. Kehrer.

● **544. Wundt, Wilhelm, Erlebtes und Erkanntes.** Kröners Verlag, Leipzig. 399 S. Preis M. 18,—.

„Um keinen Preis möchte ich dieses Leben verlassen, außer mit vollem Bewußtsein, diesen Akt erlebt zu haben", so schreibt Wundt in Rückschau auf eine fast tödliche Krankheit, die er als 25 jähriger durchmachte. Sein Daimonion hat ihm wenigstens im übertragenen Sinne diesen fast seherischen Wunsch erfüllt. In den Wochen, da er seine Lebenserinnerungen abschließt, vollendet er auch sein Erdenleben. Mit derselben kühlen Sachlichkeit, die sein Forschen vom ersten Tage auszeichnete, faßt er noch einmal die Summe aller seiner wissenschaftlichen Erkenntnisse, die er in seinem gesamten Werke niedergelegt hat, und die Erlebnisse auf seinem Gelehrtenwege in diesem Epiloge zusammen. Kehrer.



545. Stransky, Erwin, Der seelische Wiederaufbau des deutschen Volkes und die Aufgaben der Psychiatrie. Erweiterter Vortrag, gehalten auf der Deutschen Psychiaterversammlung zu Hamburg 27./28. V. 1920. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 271.

Der Psychiater soll „vielleicht der berufenste Führer werden auf den Wegen zu Deutschlands Erneuerung". Wie er das angreifen soll, darüber muß er in dem Vortrag selbst nachlesen. Ob sich viele finden werden, die bereit sind, mitzutun, wenn über ganz Deutschland „ein Netz redegewandter, temperamentvoller Lehrer und Agitatoren" geworfen werden soll? Wir meinen: Stille solide Arbeit, jeder an seinem Platz, tut heute mehr not als Temperament und Agitation. Kurt Schneider (Köln).

546. Dobnigg und C. v. Economo, Die hereditäre Belastung der Dipsomanen. Allg. Zeitschr. f. Psych. **76**, 381. 1920.

Die Verff. haben eine Reihe von Dipsomanen hinsichtlich ihrer erblichen Belastung untersucht. Es zeigt sich, daß die Dispomanie durchaus nicht auf einheitlicher pathologischer Konstitution erwächst. Dementsprechend bieten auch die einzelnen Fälle kein einheitliches klinisches Bild. Eine übersichtliche Gruppierung zeigt große Mannigfaltigkeit; Fälle, welche auf Grund exogener und solche, die infolge endogener Verstimmung sich betrinken; bei einer weiteren Gruppe sind diese Verstimmungen mit einem triebhaft unwiderstehlichen Drang zum Alkohol verbunden; endlich kann auch dieser Trieb zum Alkohol ohne Verstimmung die Veranlassung zu periodischer Trunksucht werden. Nur die letzteren Fälle möchten die Verff. als echte Dipsomanie bezeichnen; die mittlere Gruppe wird im Gegensatz zur ersten, der einfachen periodischen Trunksucht, als Pseudodipsomanie begrifflich festgelegt. Überwiegt bei dieser der krankhafte Trieb über die Verstimmungen, so ist eine Übergangsreihe zur echten Dipsomanie und bei ausgeprägten Fällen die echte Dipsomanie selbst diagnostisch gegeben. Die Belastung ist recht verschiedenartig; Epilepsie und periodisches (manisch-depressives) Irresein ist neben Trunksucht bei den Angehörigen recht häufig. In einem Drittel der Fälle gehört die psychopathische Grundlage der Dipsomanie dem manisch-depressiven Irresein, zu einem andern Drittel der Epilepsie zu. Ein letztes Drittel weist allgemeine degenerative Charakterzüge auf, die sich nicht näher gruppieren lassen. H. Hoffmann.

● **547. v. Kemnitz, M., Erotische Wiedergeburt.** München 1919, Ernst Reinhardt. Preis brosch. M. 5,85, geb. M. 8,45.

Wenn Frauen über Sexualprobleme schreiben, beansprucht das immer von vornherein besonderes Interesse, weil in solchen Büchern (auch denen der Männer natürlich) immer ein Stück Selbstbekenntnis steckt, und unsere Literatur ist ja immer noch recht arm an wirklich guten Selbstbekenntnissen dieser Art, zumal von Frauen. Leider ist der so aufzufassende Kern des Buches in eine schwerverdauliche Schale gehüllt. Das Buch ist für weiteste Kreise geschrieben (wenigstens gibt es sich so, trotz der an verschiedenen Stellen plötzlich eingestreuten gelehrten Brocken, wie etwa die schönklingende „Neurasthenia cordis vasomotoria"), und in einem solchen Buche dürften nicht unbewiesene Behauptungen als feststehende wissenschaftliche Erkenntnis frisiert werden; es dürfte nicht so deutlich



auf die Kritiklosigkeit der Leser und ihren Mangel an Logik spekuliert werden, wie es hier geschieht; affektive Untertöne dürften nicht immer und immer wieder leitmotivisch durchklingen; längst Allgemeingut gewordene Sätze, die andere aufgestellt haben, dürften nicht als ganz neue geistige Eigenprodukte ausgegeben werden, wie es z. B. hier mit dem Satze von der Bedeutung des sexuellen Ersterlebnisses der Fall ist; es dürfte nicht gar so durchsichtig ein so wenig begründeter Gegensatz zur Anschauung gebracht werden: dort Vertrottelung, hier tiefste Einsicht — lies: dort die große Zahl der Ärzte, hier — Frau v. Kemnitz. Haymann.

548. Künzel, Kubismus und Geisteskrankheit. Arch. f. Psych. **62**, 395. 1920.

Verf. berichtet über einen 21jährigen Kunstmaler, der ihm nach der Einstellung zur Begutachtung überwiesen wurde. Pat. war erblich belastet, erlitt in der Jugend mehrfache Traumen. Nach der Pubertät wurde er auffällig, neigte zu schwachsinnigen philosophischen Spekulationen, äußerte Größenideen, halluzinierte zeitweilig. Als kubistischer Maler hat er entschiedenen Erfolg. Verf. stellt die Diagnose auf Schizophrenie, läßt jedoch die Frage offen, ob engere Beziehungen zwischen der Geisteskrankheit und dem kubistischen Stil bestehen. Henneberg.

549. Kraepelin, Wilhelm Wundt. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **61**, 351. 1920.

Nachruf.

550. Weygandt, Psychiatrie und Neurologie. Ärztlicher Verein zu Hamburg, Sitzung vom 30. November 1920.

Im ersten Teil des zu kurzem Referat nicht geeigneten Vortrags demonstriert Weygandt die Darstellung körperlicher und psychischer Abnormitäten in der älteren Malerei (bis zum vorigen Jahrhundert), im zweiten Teil bespricht er das psychopathologische Element in der neuesten Malerei, indem er Beispielen derselben Malereien von primitiven Völkern, Kindern und Geisteskranken gegenüberstellt. Tr. Wohlwill (Hamburg).

551. Prinzhorn (Heidelberg), **Bildnerei der Geisteskranken.** Vortrag a. d. südwestdeutschen Psychiater-Versammlung zu Karlsruhe, November 1920.

Aus der Bildersammlung der psychiatrischen Klinik Heidelberg, die inzwischen auf über 400 Fälle mit mehr als 4500 Nummern angewachsen ist, wird ein besonders ergiebiger Fall zusammenhängend dargestellt. Es soll auf diese Weise gezeigt werden, was man durch besonnene Analyse der Bildwerke erschließen kann und wie sich eine solche Auswertung des anschaulich Gegebenen mit Anamnese und Exploration zu dem Gesamtbild einer schizophrenen Persönlichkeit zusammenfügt. — Es handelt sich um einen jetzt 50jährigen Maurer, der 1906 wegen einer akuten halluzinatorischen Psychose in die Anstalt überführt wurde, und sich in typischem Verlauf zu einer paranoiden Demenz entwickelte. In den letzten Jahren knetete er zuerst meist obszöne Figuren aus Brot und begann dann ähnliche aus Holz zu schnitzen. Von diesen Schnitzereien (teils Reliefs, teils volle Figuren) wird eine Anzahl in 24 Lichtbildern vorgeführt und erläutert. Dabei werden einerseits die überraschenden plastischen und kompositorischen Qualitäten der Werke hervorgehoben und Ausblicke auf die Kunst früher Kulturen angedeutet, andererseits wird der Zusammenhang zwischen den Motiven



dieser Schnitzereien und den psychotischen Erlebnissen entwickelt. Das schizophrene Primärerlebnis konnte in diesem Falle durch eine von den Schnitzereien ausgehende Exploration zutage gefördert werden. — Die Motive der Bildwerke stammen größtenteils aus der erotischen und der religiösen Sphäre, häufig in plumper Mischung der beiden, indem z. B. Christus wiederholt als Zwitter dargestellt ist. Besonders eindrucksvoll sind ferner einige phantastische Tierdarstellungen, etwa „das Nilpferd mit den zwei Köpfen auf dem Stiefelknecht". — Nach sorgfältiger Prüfung aller erreichbaren Nachrichten muß man hier, wie in den meisten anderen Hauptfällen der Sammlung, eine direkte Abhängigkeit von Vorbildern mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen. Dagegen ist zweifellos etwas wie eine primäre Gestaltungskraft, anders ausgedrückt, eine Begabung bei diesen Hauptfällen vorhanden. Diese latente Begabung hat sich dann unter der Einwirkung der schizophrenen Erkrankung entwickelt, was sich psychologisch unschwer verständlich machen läßt, und zwar aus dem Autismus dieser Kranken. Dazu passen mehrere Tatsachen: Fast nie zeichnen Schizophrene in der akuten Phase, oft beginnen sie erst nach 5—10 Jahren, wie mehrere Hauptfälle der Heidelberger Sammlung. Und, was noch erstaunlicher ist, in einzelnen Fällen erreichen sie die künstlerisch höchststehendsten, wirklich durchgeformten Leistungen in einem Endstadium, das nach den üblichen Gesichtspunkten als völlige Verblödung bezeichnet wird. — Über die Hauptrichtungen, in denen die an der Hand des Materials zu erörternden Probleme liegen, wurde bereits auf dem Hamburger Psychiatertag gesprochen. Vor billigen äußerlichen Parallelen mit der Kunst der letzten Zeit schützt am besten eine sorgfältige Erforschung der psychologischen Tatbestände. Bestimmte Formulierungen für die Ursache dieser Verwandtschaft werden nicht gegeben, um der sensationellen Ausbeutung des Materials keinen Vorschub zu leisten. Eine ausführliche Darstellung mit zahlreichen Abbildungen erscheint nächstes Jahr in Buchform bei J. Springer.

Eigenbericht (durch Hauptmann).

● **552. Hildebrandt, Kurt, Norm und Entartung des Menschen.** Sibyllen-Verlag, Dresden 1920. 293 Seiten. Preis M. 27,—.

● **553. Hildebrandt, Kurt, Norm und Verfall des Staates.** Ebenda, 245 Seiten. Preis M. 23,—.

Der Begriff der Entartung ist ein unklarer und widerspruchsvoller, er ist jedoch unentbehrlich, wenn die Naturwissenschaft nicht an ihrem Anteil auf die für das Leben der Nation wichtigsten Entscheidungen verzichten soll. Verf. legt die Prinzipien für die Entscheidung dieser Frage dar. Die Entartungsforschung hat den Begriff der Norm möglichst umgangen. Man sieht die Norm in dem statistischen Durchschnitt, oder man erblickt in ihr ein Optimum, verzichtet dann aber, weil der Naturwissenschaft keine Wertung zusteht, auf die Betrachtung dieser Norm. Unbekümmert um abstrakt-dogmatische Bedenken sieht Verf. in der Norm den ursprünglich gegebenen obersten Lebenswert. Diese Auffassung der Norm bildet die Grundlage der Betrachtungsweise. Trotzdem baut Verf. auf empirischen Boden und entwickelt das Wesen der Entartung aus der modernen Vererbungslehre (Kontinuität des Keimplasmas, Nichtvererbbarkeit erworbener Eigenschaften, Mendelismus), die für die Entartungsforschung,



insonderheit auch unter psychiatrischen Gesichtspunkten, noch ungenügend ausgenutzt ist. Die Betrachtung der produktiven Kräfte, wie sie die Entwicklungsgeschichte der Arten offenbart, ermöglicht des weitern die Betrachtung der Artnorm. Mit der gleichen Methode wird als Norm für die psychische Entartung die normale Psychologie (Hildebrandt fußt auf Husserls Phänomenologie) zusammengefaßt, neue Gesichtspunkte, besonders auch für die Ethik, werden gewonnen. Die nur das Prinzipielle berücksichtigende Besprechung der Psychopathen verzichtet auf die Unterscheidung der natürlichen Krankheitseinheit und führt zu einer Aufstellung der Grade der Entartung, eine notwendige Vorarbeit, die über die unzulänglichen Definitionen der psychischen Entartung hinausführt und auf psychologischem Wege erkennen läßt, daß die verschiedenen Grade der Entartung scheinbar entgegengesetzte Bilder erzeugen müssen. Verf. wendet sich sodann den Fragen der Rassenentartung, der Höherzüchtung und Rassenhygiene zu. Auf Grund der Ergebnisse der Vererbungslehre kommt H. zu bedeutsamen Folgerungen. — In seinem zweiten Buche: Norm und Verfall des Staates führt Verf. aus, daß erst in der Betrachtung des geistigen Gesamtlebens, der organisierten Gemeinschaft, die H. unter dem Begriffe Staat zusammenfaßt, die Norm des einzelnen bestimmbar ist und nur der Staat der Entartung entgegenzuarbeiten vermag. Der Verfall des Staates ist streng von der Entartung des Menschen zu sondern, wenn auch die Beziehungen mannigfache sind. Die Verwechselung von beiden ist Quelle vieler Irrtümer in Naturwissenschaft, Staatswissenschaft und Geschichte. Da der Staat für den Verf. das geistige Gesamtleben bedeutet, geht er bis auf die philosophische Grundlage der Weltanschauung zurück. Er findet eine neue Hypothese, die das ihm echt Erscheinende des Vitalismus und Mechanismus in einer höheren Einheit verbindet. Seine Hypothese ist ein Mittel, weniger die Wahrheiten der Natur und des Geistes zu erklären, als auf sie in ihrer unmittelbaren Gegebenheit deutlich und bildhaft hinzuweisen. Eine Kritik ist Sache der Fachphilosophen. — Für jeden, der nicht lediglich Spezialist ist und sein will, bedeuten die aktuellen Bücher H.s viel. Sie sind ein Bekenntnis zu einer idealistischen Weltauffassung bei voller Würdigung der naturwissenschaftlichen Ergebnisse und ein Weckruf zum Kampf gegen Entartung und Verfall. An Widerspruch wird es nicht fehlen sowohl von naturwissenschaftlicher als auch von philosophischer Seite. Jeder wird jedoch die klare Fragestellung und klare Stellungnahme des Autors als fruchtbar einschätzen und die große selbständige Denkarbeit, von der die Bücher Zeugnis geben, anerkennen. Henneberg.

554. Heissen, F., Zur Frage der Erblichkeit vagotonisch bedingter Krankheiten (Bronchialasthma, Ulcus pepticum). Münch. med. Wochenschr. **67**, 1406. 1920.

Nur bei $8^1/_2\%$ (von 91) Asthmatikern und $5^1/_2\%$ (von 296) Ulcuskranken und Superaciden ließ sich familiäres oder hereditäres Auftreten der Erkrankung feststellen. Nicht die konstitutionellen, sondern die konditionellen Faktoren — für das Asthma die alimentär begründete exsudative Diathese, für die vagotonischen Magenleiden andersartige, z. B. endokrine (vor allem sexuale) und psychische Einwirkungen — spielen bei der Pathogenese dieser Erkrankungen eine wesentliche Rolle. Krambach (Berlin).



XI. Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München.

555. Kraepelin, Über Entwurzelung. Sitzung vom 9. XI. 1920. Siehe Originalien dieser Zeitschr. **63**, 1.

Aussprache: Zahn, Präsident des Statistischen Landesamtes: Die Ausführungen von Geheimrat Kraepelin waren für mich als Sozialpolitiker und amtlichen Statistiker von ganz besonderem Interesse. Wie daraus erhellt, kommt die Sozialpsychiatrie bei Bekämpfung der Nachteile der Entwurzelung — daß sie auch Vorteile hat vom Standpunkt des Einzelnen wie vom Standpunkt der Volkswirtschaft, ist in dem Vortrag mit Recht betont — zur gleichen zielbewußten Familienpolitik, welche die Sozialpolitik als Angelpunkt und Ziel unserer Bevölkerungspolitik verlangt. Bekanntlich ist die Familie die Wiege für den einzelnen wie für Volk und Staat. Sie ist der Jungbrunnen der physischen, geistigen, sittlichen und nationalen Kraft. In der Familie sieht das Volk sich selber an. Der Staat hat das allergrößte Selbstinteresse an der Erhaltung der Familie an der Pflege gesunden, echten Familienlebens. So sehr unsere Familien in der Mehrzahl noch gesund sind, drohten ihnen doch schon in der Vorkriegszeit gewisse Zersetzungserscheinungen. Die Familienwirtschaft war einst eine Produktions-, Konsumtions-Hausgemeinschaft, eine Erzeugungs-, Bildungs- und Vermögensgemeinschaft. Diese Gemeinschaften wurden teils ganz aufgelöst, teils erheblich gelockert. Es war im wesentlichen unsere wirtschaftliche und kulturelle Entwicklung, die fortschreitende Industrialisierung und Verstädtung unseres Volkes, die jene Lockerung der Familie mit bedingte oder ihr doch vorarbeitete. Die Folge war, daß das Familienleben an Kraft, Reinheit und Tiefe einbüßte, der Familiensinn und das Familienbewußtsein Schaden litt, die Familienfreudigkeit, das Familienwachstum, die Familienhaftigkeit nachließ. — Diese nationale Gefahr für unsere Familie hat der Weltkrieg noch erheblich verschärft. Er hat nicht nur die Entstehung zahlreicher Familien verhindert und viel bestehendes Familienglück zerstört. Auch sonst hat er viel beigetragen zur Familienlockerung, Familienzersetzung und Familienscheu. — Von selbst ist ein Wandel hier nicht zu erwarten. Ebensowenig genügt die seitherige bloß aphoristische Arbeit zwecks Stärkung der Familie. Vielmehr müssen wir zu einer zielbewußten, planmäßigen, großzügigen Familienpolitik kommen. Alles, was die Familie und den Familiensinn und das Familienleben erleichtert, fördert, vertieft, muß systematisch unterstützt, alles, was der Familie abträglich ist, ebenso bekämpft werden. Die Maßnahmen, die hierbei in Betracht kommen, liegen ganz in der nämlichen Linie, die unser Herr Vortragender vorhin dargelegt hat. Auf die Einzelheiten will ich hier nicht weiter eingehen, ich darf vielleicht Bezug nehmen auf meinen einschlägigen Vortrag „Familie und Familienpolitik" (Berlin 1918, Vahlen). — Zur Durchführung der Maßnahmen bedarf es, wie Geheimrat Dr. Kraepelin betont, unter anderem auch einer besseren Pflege der Familienkunde. Zweifellos ist lange Zeit die Familienkunde zu stiefmütterlich behandelt worden. Auch die amtliche Statistik trifft der Vorwurf, daß sie das bevölkerungsstatistische Material zu individuell-atomistisch, viel zu wenig familienweise aufbereitete. Gewisse Fortschritte sind von den Statistischen Ämtern zwar angestrebt, doch scheitert ihre Realisierung vorläufig an der bekannten Finanznot. Erfreulicherweise hat die deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie zur Ausfüllung der bestehenden Lücke eine Reihe Spezialarbeiten in die Wege geleitet. Vermutlich werden sie in mannigfacher Weise durch die amtliche Statistik gefördert werden können. Soweit das mir unterstellte Bayerische Statistische Landesamt hierbei mitzuwirken vermag, wird es sehr gerne geschehen. — Und so darf ich abschließend bemerken, daß auf dem Gebiet, das der Herr Vortragende vom Standpunkt der Psychiatrie heute beleuchtete, sich wohl eine planmäßige Arbeitsgemeinschaft zwischen Psychiatern, Sozialpolitikern und Statistikern empfehlen dürfte.



Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Band XXIII. Referate und Ergebnisse. Heft 5.

I. Anatomie und Histologie.

556. Winkler, C., Anatomische Notizen, das Gehirn eines Hundes betreffend, bei welchem vor 5 Monaten das Kleinhirn exstirpiert worden ist. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 958. 1920. van der Torren.

557. Mona, Adolf, und Ernst Spiegel, Zur Pathologie der epidemischen Encephalitis. (Nach den Beobachtungen während der Grippe-Epidemie 1920.) Arbeiten des neurolog. Institutes an der Wiener Universität **23,** 36. 1920.

Bericht über die histologischen Befunde bei zehn Fällen von klinisch einwandfreier epidemischer Encephalitis und — zum Vergleich — zwei Fällen von Grippepneumonien, die klinisch keine Zeichen von seiten des Nervensystems geboten hatten. — In einer Gruppe von Fällen bestand hochgradige Hyperämie, besonders der grauen Substanz, doch auch des tiefen Hemisphärenmarks; häufig auch diapedetische Blutungen im perivasculären Lymphraum; ferner an vielen Gefäßen, besonders Capillaren und Venen, Rundzelleninfiltrate (Lymphocyten, größere mononucleäre plasmareiche Zellen; vereinzelt Leukocyten und mit Blutpigment beladene Freßzellen). Die großen mononucleären Zellen entstehen vielleicht aus Endothelien, die sich abrunden, loslösen, ins Lumen treten und die Gefäßwand durchwandern können. — Außerdem findet sich Kernvermehrung im Gewebe, aus kleinen Rundzellen bestehend. Die Infiltrate bevorzugen die graue Substanz. In ihrer Nähe sind die Ganglienzellstrukturen meist gut erhalten, die Trabantzellen oft leicht vermehrt, die Markscheiden mäßig gequollen. Die Glia zeigt perivasculäre Vermehrung und Anschwellung der Zellen; in der verbreiterten Randglia von Oblongata und Rückenmark finden sich häufig Corpora amylacea. — Die miliaren Knötchen einer zweiten Gruppe von Fällen saßen besonders in der Frontalrinde und dem angrenzenden Marklager. Im Zentrum mancher Herde ist eine Capillare mit verdickter hyaliner Wand, ringsum eine nach außen strahlig begrenzte Fibrinmasse. Um diese befinden sich Leukocyten, zum Teil mit Zerfallserscheinungen, manchmal außerdem Gliazellen. Die äußerste Zone ist ein heller Ring mit lockerem Gliamaschenwerk. In späteren Stadien wuchert die Glia, durchsetzt und substituiert Leukocyten und Fibrin. In der Nähe der Knötchen sind oft thrombosierte Gefäße. Die Bildung solcher Herde ist nicht charakteristisch für die Erkrankung. — Die Blutungen in der zweiten Gruppe waren oft weit ausgedehnter. — Allgemeine Gefäßschädigung (Verdickung, hyaline Entartung der Gefäßwände) war in der zweiten Gruppe besonders häufig. — Ein Zusammenhang der klinischen Symptome mit der Lokalisation der histologischen Veränderungen ergibt sich nicht; sowohl Fälle mit hyperkinetischen als solche mit lethargischen Symptomen wiesen die verschiedensten Lokalisationen auf. Die epidemische Encephalitis ist pathogenetisch der Influenza-Encephalitis zuzurechnen; dafür spricht unter anderem, daß die untersuchten Grippe-

pneumoniefälle ohne Nervensymptome qualitativ gleiche, nur graduell verschiedene Veränderungen des Zentralnervensystems boten, daß die übrigen Encephalitisfälle zum Teil typische Grippebefunde an den Körperorganen hatten, und daß sich fast ausnahmslos aus deren Lungen, einmal auch aus dem Gehirn, der Influenzabacillus züchten ließ. — Die Gesamtheit der anatomischen Bildes kann nicht als typisch bezeichnet werden; es finden sich Ähnlichkeiten bzw. Übergänge zu den verschiedensten andern Encephalitisformen. — Der Arbeit ist ein ausführliches Literaturverzeichnis und 9 Abbildungen der wesentlichsten histologischen Veränderungen beigegeben.

Neubürger (München).

558. Preisig, H., Malformation de la moëlle épinière. Journ. f. Psychol. u. Neurol. **26**, H. 1 u. 2, S. 105. 1920.

Beschreibung eines Rückenmarkes von einem $3^1/_2$ monatigen Kinde, bei dem sich neben den Erscheinungen einer Rhachischisis mit Myelomeningocele des Lumbosakralteils in den proximalwärts gelegenen Rückenmarkssegmenten Diastematomyelie, Höhlenbildung und Aplasie der Vorderstränge fanden. Im caudalen Teil der Medulla oblongata bestand ein dorsaler Spalt, welcher dem Ependymkanal mit den Arachnoidealräumen in Verbindung brachte. Auch bezüglich der feineren Differenzierung des zentralen Gewebes sollen Zeichen eines frühzeitigen Stillstandes der Entwicklung bemerkbar gewesen sein. Der Fall ist wegen der Reichhaltigkeit der Befunde beachtenswert. Max Bielschowsky (Berlin).

● **559. Hager-Mez, Das Mikroskop und seine Anwendung.** 12. Aufl. Julius Springer 1920. 389 Seiten. Preis M. 38,—.

Ohne spezielles neurologisch-psychiatrisches Interesse.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

560. Schmincke, Encephalitis interstitialis Virchow mit Gliose und Verkalkung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 290.

Mitteilung zweier Fälle, Kinder von $^3/_4$ bzw. $1^1/_2$ Jahren betreffend, die intra vitam cerebrale bzw. meningitische Erscheinungen geboten hatten. Die histologische Untersuchung ergab im ersten Fall eine diffuse Ansammlung gliöser Abraumzellen in der tiefen Rinde und im Hemisphärenmark, faserige und protoplasmatische Gliawucherung, circumscripte Gliazellanhäufungen, insbesondere perivasculäre Durchsetzung der Gefäßwände und Lymphscheiden mit Fettkörnchenzellen, aber auch Leukocyten, Einlagerung von Kalkkonkrementen ins Gewebe, teils verfetteten Zellen, teils degenerierten Nervenfasern entsprechend, außerdem Verkalkung der äußeren Wandschichten zahlreicher kleiner und mittlerer Arterien. Ferner fanden sich subependymäre Gliazellanhäufungen sowie schon makroskopisch erkennbare von Gliafasern umgrenzte, wahrscheinlich aus kleinen Zerfallsherden entstandene Hohlräume im Großhirnmark. Der letztgenannte Befund fehlte im zweiten Fall, der im übrigen im wesentlichen dasselbe Bild bot wie der erste. Besonders interessant sind die Kalkablagerungen, die vom Verf. so gedeutet werden, daß infolge der durch die toxischen Schädlichkeiten bedingten Gewebsdegeneration lokale Bedingungen des Kalkausfalls geschaffen waren (nämlich Änderung der Löslichkeitsverhält-



nisse des Kalkes infolge Fortfalls seines Kolloidschutzes bei Eiweißgerinnung). Dabei imprägnieren sich auch die in die Lymphspalten der Gefäße hineintransportierten Abbaustoffe mit Kalk. — Ob es berechtigt ist, diese Fälle der „Encephalitis congenita" Virchows zuzuzählen, möchte Ref. bezweifeln. Jedenfalls ist er in ausgedehnten, demnächst zu publizierenden Untersuchungen, die er anläßlich der Beobachtung der Schminckeschen ganz ähnlichen Fälle angestellt hat, zu einer anderen Auffassung gelangt. Fr. Wohlwill (Hamburg).

561. Harbitz, Francis, Über die Encephalitis lethargica. Zieglers Beiträge z. allg. Path. u. pathol. Anat. **67**, 458. 1920.

Bericht über den Untersuchungsbefund von drei Fällen von Encephalitis lethargica. Der makroskopische Befund des Nervensystems war, abgesehen von einer geringen diffusen Hyperämie der Häute, negativ. Mikroskopisch fanden sich ausgebreitete Entzündungsprozesse, die sich vom oberen Teil der Medulla spinalis aufwärts bis zum hinteren Teil der Zentralganglien erstreckten. Die Gegend um den Aquaeductus Sylvii herum und der obere Teil des IV. Ventrikels stellte die am stärksten ergriffene Partie dar. Die Entzündung hatte ihren Sitz hauptsächlich in der grauen, jedoch auch in der weißen Substanz, in den Pedunculi cerebri, den Corpora quadrigemina, dem Pons und der Medulla oblongata. Sie war wesentlich lymphocytären Charakters und fand sich besonders an die Gefäße geknüpft; doch sah man sie auch unter Infiltration zahlreicher Nervenkerne diffus im Nervensystem verstreut, wie auch sonst in der grauen Substanz, wie es schien, ohne bestimmte Lokalisation. Die Degeneration der Ganglienzellen war nur gering. Verf. ist wegen der Ähnlichkeit der Bilder in bezug auf die Ausbreitung der Entzündung bei der Encephalitis lethargica und akuten Poliomyelitis der Ansicht, daß die Entzündung den Gefäßen entlang und zwar in ihren Scheiden besonders in den Arterien lymphogen sich in Gehirn und Rückenmark hinein von einer primären perivasculären Entzündung aus verbreite. Dabei scheint es, als habe das Virus eine Vorliebe für bestimmte Teile des Nervensystems und als ob es bestimmten Nervenkernen den Vorzug gebe, ganz wie bei der akuten Poliomyelitis. Dies läßt sich mit der Annahme einer lymphogen erfolgenden Verpflanzung längs der Scheiden der Blutgefäße in Einklang bringen, denn der größte Reichtum an Blutgefäßen herrscht dort, wo die graue Substanz mit ihren zahlreichen Nervenkernen am reichlichsten vertreten ist. Die Encephalitis lethargica ist als besondere Erkrankung aufzufassen; sie unterscheidet sich von der Influenzaencephalitis durch ihre besondere Lokalisation; bei der Influenzaencephalitis treten die anatomischen Veränderungen in mehr diffuser Weise auf. In zwei Fällen gelang es, in Ausstrichpräparaten und kulturell einen kleinen gramnegativen Diplokokkus nachzuweisen; doch mahnt der Autor hinsichtlich seiner ätiologischen Bedeutung selbst zur Vorsicht. In einem Fall fanden sich kleine Knötchen und Blutungen in der Haut. Mikroskopisch fanden sich aus Lymphocyten und Plasmazellen bestehende Infiltrate wie im Nervensystem. Schmincke.

562. Spiegel, Ernst, Hyperplasie des Kleinhirns. Zieglers Beiträge z. allg. Path. u. pathol. Anat. **67**, 539. 1920.

Beträchtliche Volumszunahme der rechten Kleinhirnhemisphäre bei



einem 22jährigen Mann mit Leontiasis ossea der rechten Schädelhälfte. Die Vergrößerung betraf die rechte Hemisphäre ziemlich ungleichmäßig und war in ihren ventrocaudalen Partien am ausgesprochensten. In dem am meisten vergrößerten Abschnitt wichen die Windungen weitgehend von der Norm ab. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich die Vergrößerung bedingt durch eine Volumszunahme aller Schichten. Es handelte sich also um eine reine Hyperplasie, da weder eine Vergrößerung der einzelnen Zellen, noch eine Wucherung des interstitiellen Gewebes festzustellen war. Die Hyperplasie betraf auch den Nucleus dentatus und die drei Kleinhirnarme der rechten Seite. An der Olive der Gegenseite ließ sich eine stellenweise Verbreiterung des dorsalen Blattes und Reduktion seiner Windungen nachweisen, welche in geringerem Grad auch die gleichseitige Olive darbot. Mikroskopisch zeigte sich sowohl an den verbreiterten Läppchen der rechten Seite sowie auch auf die dorsale Fläche der linken Seite übergreifend abnorme Markbildung in der Molekularschicht, an der hyperplastischen Hälfte allein Verlagerung von Purkinjeschen Zellen, äußere und innere Mikrogyrien, Unregelmäßigkeiten in den Begrenzungen der einzelnen Schichten zueinander usw. Im Nucleus dentatus fiel neben dessen Vergrößerung eine eigentümliche Anordnung seiner Windungen und deren unscharfe Begrenzung auf, Verhältnisse, welche an embryonale Entwicklungsstufen dieses Kerns erinnerten. Es fanden sich also zwei Gruppen von Erscheinungen miteinander vergesellschaftet; hyperplastische Bildungen waren mit sicheren Hemmungsmißbildungen kombiniert. Die Mißbildungen hypoplastischen Ursprungs werden wie die Überschußbildungen auf eine gemeinsame Ursache zurückgeführt. Wahrscheinlich sind exogene Momente, vor allem Gefäßprozesse für ihre Entstehung verantwortlich zu machen. Schmincke (München).

563. Letterer, Erich, Über heterotope Geschwülste der Aderhautgeflechte (Enchondrome, Gliome, Ganglioneurom). Zieglers Beiträge z. allg. Path. u. pathol. Anat. **67**, 370. 1920.

Verf. beschreibt zwei kirschgroße Enchondrome des Plexus chorioideus des III. Ventrikels und des rechten Seitenventrikels, sodann ein kirschgroßes Gliom des IV. Ventrikels und zwei weizenkorngroße Ganglioneurome des IV. Ventrikels ausführlich in ihrem makroskopischen und mikroskopischen Verhalten. Im letzteren Fall fanden sich noch multiple subependymäre Gliome in den beiden Seitenventrikeln und im IV. Ventrikel. Die formale Genese der Geschwülste wird ausführlich erörtert und die Herkunft der Geschwülste auf entwicklungsgeschichtliche Störungen zurückgeführt. Dabei leiten sich die Enchondrome wahrscheinlich von verlagertem Knorpel oder Vorknorpelzellen des Primordialcraniums oder einem versprengten heteroplastisch entwickelten Keim der harten Hirnhaut ab. Die embryonale Grundlage des Glioms des dritten Falles und der Ganglioneurome des vierten Falles bildeten versprengte Teile des Bodens des IV. Ventrikels bzw. der Kleinhirnunterfläche. Der letztere Fall ist wegen der Seltenheit der Beobachtung bemerkenswert. Schmincke (München).

564. Berblinger, W., Gliom von seltener Lokalisation. Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. **30**, 201. 1920.

Geschwulst am Nasenrücken eines 3jährigen Kindes, welche operativ



entfernt wurde und sich als Gliom mit an einzelnen Stellen starker bindegewebiger Durchwachsung erwies. Die Geschwulst ist formalgenetisch als Choristom, Verschiebung marginaler Glia nach außen bei mangelhafter Entwicklung der Processus nasales des Stirnbeins infolge primärer Defektbildung der Dura mater an dieser Stelle aufzufassen. Schmincke.

565. Agduhr, Erich, Studien über die postembryonale Entwicklung der Neuronen und die Verteilung der Neuriten in den Wurzeln der Spinalnerven. Journ. f. Psychol. u. Neurol. **25**, Ergänzungsheft 2, 436. 1920.

Die Arbeit enthält sehr umfängliche und sorgsame Untersuchungen über die postembryonale Entwicklung der Neurone und will dieses Problem, welches auch für den Pathologen von Interesse ist, zum Abschluß zu bringen. Als Untersuchungsmaterial brauchte der Verf. Individuen mehrerer Säugerarten mit genau abgestuften Altersunterschieden. Nebenher wurden auch zahlreiche Exemplare von Bufo vulgaris (Kröte) verwandt. Das Hauptkontingent der untersuchten Tiere stellte die gewöhnliche weiße Laboratoriumsmaus. Für die Färbung seiner Objekte gebrauchte der Autor neben den bekannten Zell- und Markscheidenfärbungen vorwiegend die Bielschowskysche Silbermethode in einigen seinen Stückimprägnationen angepaßten Modifikationen. — Von den erzielten Resultaten können hier nur die wichtigsten hervorgehoben werden. Die Arbeit verdient ein gründliches Studium von seiten aller Forscher, welche sich mit der feineren Histologie und Entwicklungsgeschichte des Nervensystems beschäftigen. — Es wurde für das untersuchte Material festgestellt, daß erstens eine postembryonale Entwicklung der Neurone der Größe nach stattfindet, d. h. daß sowohl Nervenzellen als Nervenfasern postembryonal an Volumen zunehmen. An den Neuriten, in den Wurzeln der Spinalnerven kommen bei sämtlichen untersuchten Tieren feine marklose Neuriten vor, deren Anzahl jedoch bei den erwachsenen Individuen bedeutend geringer als bei den Jungen ist. Die Neuriten sind in den dorsalen Wurzeln durchgängig feiner als in den ventralen, obschon sich in den dorsalen Wurzeln einige gleich grobe, sogar noch gröbere Neuriten als die gröbsten in den ventralen Wurzeln finden. — Es findet zweitens eine postembryonale Neubildung von Neuronen der Zahl nach statt. Sie dient nicht nur als Ersatz degenerierter Neurone, sondern führt zu einer Vermehrung der absoluten Neuronenzahl. Diese Neuronenneubildung wird erwiesen durch eine Vermehrung der totalen Nervenzellenanzahl. Hieran kann eine bis in das postembryonale Leben reichende Verlangsamung in der Reifung und Differenzierung schon vor der Geburt vorhandener Nervenzellen mitwirken. Der Nachweis, daß Nervenzellen im postembryonalen Leben wirklich neu gebildet werden, kann auf Grund der vorliegenden Beobachtungen als erbracht gelten. Der Autor verbreitet sich eingehend über die Art und Weise, wie sich diese postembryonale Entwicklung der Ganglienzellen vollzieht. Über das Maß der postembryonalen Neuronenentwicklung glaubt Agduhr aus dem Anschwellen der Neuritenzahl in den Wurzeln der Spinalnerven einen sicheren Aufschluß gewinnen zu können. Seine Beobachtungen lehren, daß sich in den Wurzeln die Neuriten der Spinalnerven während des Wachstums nach der Geburt beträchtlich vermehren. Die Vermehrung der Axone soll sich weder durch eine postembryo-

nal einsetzende Spaltung oder Kollateralbildung der Neuriten noch durch die Annahme erklären lassen, daß ursprünglich unipolare Ganglienzellen sich im postembryonalen Leben in multipolare verwandeln (Nageotte) und mehr als einen Neuriten in die zugehörigen Nervenwurzeln senden. Die letztgenannte These bildet die anfechtbarste Seite der Arbeit. Denn die Beweismomente, welche A. gegen das Vorkommen von Teilungsvorgängen an den Axonen der Wurzeln beibringt, können nicht als stichhaltig anerkannt werden. Von Interesse ist ferner die Vorstellung, daß Individuen bei zweckmäßig abgepaßter Trainierung (Mäuse in der rotierenden Lauftrommel) gegenüber gewöhnlichen Kontrolltieren außer einer Vermehrung der radikulären Neuritenzahl auch eine bedeutende Vermehrung der neurofibrillären Masse (pro Flächeninhalt der Querschnittsarea der Nervenwurzeln berechnet) aufweisen können. Max Bielschowsky (Berlin).

566. Sträussler und Schüller, Über Versuche der röntgenologischen Darstellung der Subarachnoidalräume und der Hirnventrikel. Ges. f. Neurol. u. Psych. in Wien, 10. Febr. 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 895. 1920.

Bei einer Kindesleiche wurde durch intralumbale Injektion einer 10proz. Jodkalilösung der Subarachnoidalraum sichtbar gemacht, wie die Röntgenbilder des Falles zeigen.

Aussprache: Hitzenberger und Stern fanden bei Fällen von Meningitis nach interner Joddarreichung keine Schattenbildung im Lumbalkanal. Beim Menschen reichen 10 ccm einer 2proz. Kollargollösung noch nicht zur Erzeugung von Kontrasten aus, da die Verdünnung eine zu starke ist. J. Bauer (Wien).

567. Herxheimer, Über die Anatomie der Encephalitis epidemica. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 1164. 1920.

Nach Herxheimer interessieren vor allem 3 Fragestellungen: 1. Worin bestehen die Hauptveränderungen? Das makroskopische Bild ist durchaus uncharakteristisch. Mikroskopisch finden sich 2 Arten von Veränderungen, einmal solche an den Gefäßen, zweitens solche am Gewebe. Zahlreiche Gefäße, meist Präcapillaren und mittlere Venen, sind umgeben von ein- oder mehrschichtigen Zellmänteln, meist aus Lymphocyten, teilweise auch aus Plasmazellen bestehend; sie liegen in den äußeren Gefäßwandschichten, zumeist im perivasculären Lymphraum; sie begleiten die Gefäße nur streckenweise. Es handelt sich um eine entzündliche Gefäßalteration. Geringer sind die Gewebsschädigungen: Starke Ansammlung von Entartungspigment in Ganglienzellen, Tigrolyse, Schrumpfung der Kerne usw., Auflösung einzelner Ganglienzellen, Wucherung von gliösen Elementen; in späteren Stadien auch Lichtungsherde im Mark, Auftreten von Körnchenzellen, erhöhte Neurophagocytose. 2. Wo lokalisieren sich die Veränderungen? Charakteristisch ist der Sitz in der grauen Substanz, soweit Pia und weiße Substanz Herde aufweisen, handelt es sich meist um Gefäße, die aus der grauen Substanz kommen. Bevorzugt ist die Gegend der Stammganglien (besonders subependymäre Infiltrate); auch im Rückenmark, besonders im oberen Lenden- und unteren Brustmark, finden sich Herde. 3. Handelt es sich um eine Erkrankung sui generis? Aus dem histologischen Bild, insbesondere aus dem Sitz und der Verteilung, ergibt sich, daß hier eine

besondere Erkrankung vorliegt. Der Zusammenhang mit Influenza muß noch als offene Frage bezeichnet werden. Herxheimer schlägt vor, die Krankheit als Poliomyelo-Encephalitis zu bezeichnen. Schob (Dresden).

568. Gerlach, Über Rückenmarksveränderungen bei Encephalitis lethargica. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 585. 1920.

Gerlach fand bei 2 Fällen von Encephalitis lethargica außer dem Gehirn auch das Rückenmark in erheblichem Maße an dem entzündlichen Prozeß beteiligt. Beim ersten Fall, einem 17jährigen Mädchen, bestand ausgedehnte Erkrankung der grauen Substanz des Rückenmarks, und zwar besonders im Lenden- und Brustmark. Im Brustmark erschienen die mittleren Gefäße von einem Zellwall eingescheidet, der im wesentlichen aus Lymphocyten, teilweise, und zwar zahlreicher als im Gehirn, auch aus Plasmazellen bestand. Die graue Substanz war zellreich, und zwar teils diffus, teils herdförmig, enthielt kleine Blutungen und erschien aufgelockert. Fast regelmäßig waren die perivasculären Räume mit roten Blutkörperchen erfüllt, so daß das Bild der typischen Ringblutungen entstand. Stellenweise setzten sich die Infiltrate aus der grauen auch in die weiße Substanz fort; im übrigen waren weiße Substanz und Meningen frei. Die Ganglienzellen zeigten mäßige degenerative Erscheinungen. Im zweiten Fall, 61jähriger Mann, fanden sich, namentlich im Brustmark, ähnliche Bilder, ohne Ringblutungen. Weiße Substanz und Meningen waren auch hier fast frei. Von den klinischen Symptomen der beiden Fälle können mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit Schmerzen in den Extremitäten und Zuckungen im Sinn einer erheblichen Reizung der Vorder- und Hinterhörner auf die Rückenmarksaffektion bezogen werden. Schob (Dresden).

569. Anton, Was bedeutet die Entwicklungsmechanik von W. Roux für den Arzt? Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 101. 1920/21.

Ein Überblick über Roux' Forschungen, welche den ursächlichen Bedingungen für die Ausbildung der menschlichen Gestalt bis in die feinen Einzelheiten nachgehen. Zum Schluß wird daraufhin die Ausbildung des Gehirns besprochen und dargelegt, wie beim Menschen die Zentren der Gleichgewichtsorgane gegenüber dem bei niederen Tieren vorherrschenden Geruchssinn die Oberhand gewonnen haben. Müller (Dösen).

● **570. Müller, L. R., Das vegetative Nervensystem.** Dargestellt in Gemeinschaft mit Dahl-Würzburg, Glaser-Haustein, Greving-Würzburg, Renner-Augsburg und Zierl-Regensburg. Mit 168 teils farbigen Abbildungen. J. Springer 1920. S. 299. Ladenpreis M. 58,—.

Es ist keine Frage, daß das Fehlen einer lehrbuchmäßigen, zusammenfassenden Darstellung des vegetativen Nervensystems einen schweren Mangel bedeutet hat, der sich nicht nur in der Lehre, sondern auch sicher in der Forschung geltend machte. Bezeichnend für die historische Entwickung der Erforschung dieses Systems ist es, daß man in neuerer Zeit in den pharmakologischen Lehrbüchern eine eingehendere Darstellung finden konnte als vielfach in den anatomischen. Es wird sicher von den verschiedensten Seiten auf das freudigste begrüßt werden, daß sich L. R. Müller entschlossen hat, das vorliegende Lehrbuch herauszugeben, in welchem die physiologische und die anatomische Seite des Problems in gleicher Weise behandelt wird.



In der Nomenklaturfrage, welche eine Zeitlang ziemlich verwirrt war, scheint erfreulicherweise eine Einigung ziemlich allgemein erzielt worden zu sein. Auch Müller schließt sich dieser an. „Vegetativ" ist der umfassendere Begriff zur Bezeichnung des Drüsen, glatte Muskulatur und Herz versorgenden Nervensystems, welches dem „cerebrospinalen" gegenübergestellt wird. Als Unterabteilungen sind in erster Linie zu unterscheiden das sympathische (Grenzstrang, Prävertebralganglien und spinale Zentren in der Gegend des Seitenhorns) und das dem ersteren antagonistisch wirkende parasympathische (früher „autonome") System. (Bei den weiteren Unterabteilungen des parasympathischen Systems kehrt allerdings die Bezeichnung autonom — welche den Anlaß zu den früheren Mißverständnissen gegeben hat, weil sie von manchen Autoren auch gleichbedeutend mit der übergeordneten Bezeichnung vegetativ gebraucht wurde — in der Zusammensetzung mit kranial und sakral doch wieder). Außer den bekannten kranialen und sakralen nimmt Müller auch im ganzen Brust- und oberen Lendenmark parasympathische Zentren — und zwar neben den sympathischen (und anatomisch von ihnen noch nicht trennbar) — an, da von hier (vermutlich durch die hinteren Wurzeln) Fasern ausgehen, welche eine der sympathischen entgegengesetzte Funktion (Vasodilatation und Schweißhemmung für Rumpf und Extremitäten, s. S. 29 und 44) verrichten. Außer dem sympathischen und parasympathischen wird ferner ein mit dem „enteric System" Langleys nicht ganz übereinstimmendes „juxta- und intramurales" System für die an und in den Wandungen der Hohlorgane befindlichen Nervenplexus und Ganglienzellen beschrieben. Es ist hervorzuheben, daß alle diese Unterscheidungen (vor allem gilt dies für die beiden ersten Gruppen) in erster Linie auf physiologischen Merkmalen beruhen. Anatomisch können wir nur die Lokalisation für die verschieden, d. h. antagonistisch funktionierenden Systeme bestimmen. Die feinere Histologie gibt uns vorläufig keine Unterscheidungsmerkmale durchgreifender Art, welche eine Trennung des morphologischen Substrates erlauben würden. So hebt Müller hervor: „Solange uns die histologische Forschung nicht über die morphologische Unterscheidung zwischen diesen beiden gegensätzlichen Systemen aufklärt, sind wir beim Studium der antagonistischen Innervationsbedingungen im vegetativen Nervensystem auf die Forschung der Pharmakologie angewiesen" (S. 62). — Einem besonderen Interesse werden die Ausführungen über die vegetativen Zentren im Gehirn (Höhlengrau des 3. Ventrikels, Hypothalamus) begegnen, jener Gebiete, welche im Lichte der jüngsten Forschung uns vielfach unter neuen Gesichtspunkten erscheinen. Müller nimmt an, daß sie sowohl dem sympathischen als dem parasympathischen System übergeordnet seien. Die Bahnen, auf denen von hier aus die Beeinflussung der Zentren im Mittelhirn, Medulla oblongata und Rückenmark vor sich geht, sind uns noch gänzlich unbekannt. Ebensowenig können wir uns anatomisch ein Bild machen, auf welche Weise der ja unabweisbare Einfluß der Großhirnrinde auf die vegetativen Zentren zustande kommt. Verf. neigt hier nicht zur Annahme eigener Zentren in der Rinde, welche evtl. durch eigene Bahnen mit den tieferen Zentren in Verbindung stehen würden, sondern er glaubt, „daß die den einzelnen Stimmungen entsprechende



Änderung der allgemeinen Erregungsfähigkeit (Biotonus) sich vom Gehirn auch über das verlängerte Mark in die graue Substanz des Rückenmarks erstreckt und so direkt auf die segmentären Zentren der betreffenden Organe einwirkt". So wird ausdrücklich ein „Sexualzentrum" in der Hirnrinde abgelehnt (S. 197). Nach einer kurzen Betrachtung der Entwicklungsgeschichte, sodann einer Schilderung der Anatomie des sympathischen und parasympathischen Systems sowie einer Übersicht über die Physiologie wird die Innervation der einzelnen Eingeweide der Reihe nach abgehandelt. Bei einem weiteren Kapitel, das der vegetativen Innervation der Haut gewidmet ist, wird auch die Pathologie in höherem Grade mitberücksichtigt, während sonst die krankhaften Verhältnisse meist nur gestreift werden. Sodann folgt ein Kapitel über den Einfluß des vegetativen Nervensystems auf das Blut, sowie des Blutes auf das vegetative Nervensystem. Sodann ein Aufsatz über das an Problemen reiche Kapitel der Sensibilität der inneren Organe sowie schließlich eine Abhandlung über die Allgemeinempfindungen des Hungers und des Durstes. Eine pathologische Anatomie des vegetativen Nervensystems existiert noch nicht; in Anbetracht der geringen festen Kenntnisse, die wir auf diesem Gebiet besitzen, wurde auf eine Darstellung ganz verzichtet. — Was die Ausstattung des Werkes anbelangt, so muß sie als ganz glänzend (durchaus friedensmäßig) bezeichnet werden. Die zahlreichen klaren Schemata erleichtern die Orientierung über kompliziertere Zusammenhänge ebenso wie verschiedene tabellarische Übersichten. Unter den sonstigen Abbildungen sind die sehr zahlreichen Reproduktionen nach Mikrophotogrammen hervorzuheben von Nervenfasern (Bielschowsky- und Weigert-Methode) sowie von Nervenzellen (fast ausschließlich Bielschowskys Methode) aus den verschiedensten vegetativen Ganglien und Zentren. Leider erlaubt uns dieses vielseitige Material doch nur in geringem Grade entscheidende histologische Merkmale zu treffen. Auf die schwere Darstellbarkeit der vegetativen Nervenzellen in den Ganglien wird hingewiesen. — Der Referent gesteht, daß er zweierlei als Mängel beim Studium dieses so wertvollen Buches empfunden hat: Das Fehlen eines Literaturverzeichnisses (vielfach ist auf Literaturangaben der Originalarbeiten der Verff. verwiesen) sowie das eines Schlagwortregisters. Das Werk **Müllers** ist entstanden aus einer Zusammenfassung der vielfachen Arbeiten des Herausgebers sowie seiner Schüler über das Thema; es ist keine Frage, daß es in mancher Hinsicht ein stark subjektives Gepräge erhalten hat und daß auch dieses oder jenes Kapitel manchem Leser etwas zu kurz behandelt erscheinen mag. (Referent vermißte ganz eine Behandlung der Paraganglien sowie ein Eingehen auf das Problem der „Isolierungsveränderungen".) In einem besonderen Kapitel (S. 250) wird — vielleicht etwas kurz — die hypothetische Einwirkung des vegetativen Nervensystems auf die quergestreifte Muskulatur behandelt. Bekanntlich hat neuerdings besonders E. Frank der alten Lehre (Mosso) zum Durchbruch zu verhelfen gesucht, daß in jedem quergestreiften Skelettmuskel gewissermaßen ein glatter darinnen stecke. Die Funktion dieses glatten Muskels wird als „Tonus" (der Willkür entzogene, ohne Ermüdung, ohne meßbaren Aktionsstrom, ohne meßbaren Glykogenverbrauch einhergehende Dauerkontraktion) bezeichnet.



Die Innervation dieser Komponente soll vom vegetativen Nervensystem, und zwar, wie E. Frank neuerdings annimmt, vom parasympathischen bewirkt werden. Man wird der Réserve, welche Müller diesen neueren Anschauungen gegenüber einnimmt, in sehr vieler Hinsicht durchaus zustimmen müssen. Zwei Punkte indes, auf welche sich diese Auffassungen stützen, scheinen der Beachtung wert zu sein: das sind einerseits gewisse anatomische Unterlagen, welche die Lehre Mossos durch die sich auf viele Jahre erstreckenden, sehr exakten Untersuchungen des holländischen Anatomen I. Boecke erhalten hat. In zweiter Linie möchten wir der Tatsache gedenken, daß bei gewissen pathologischen Verstärkungen des „Tonus" (Paralysis agitans, Wilsonsche Krankheit) Veränderungen gefunden wurden, welche auf die Lokalisation dieser Funktion in einem Gebiet hinweisen, in dessen Nähe auch die vegetativen Zentren des Zwischenhirns vermutet werden müssen. — Niemand wird das Buch Müllers aus der Hand legen, ohne den Eindruck, daß hier ein Gebiet vorliegt, das, wie Verf. selbst am Schluß betont, uns noch sehr wenig erschlossen ist, es erscheint aber auch reich an Aussichten und neuen Möglichkeiten. Wir erwarten und hoffen, daß durch das Erscheinen dieses ersten Lehrbuches das Interesse für das wichtige Gebiet in weitere Kreise getragen werde. H. Spatz (München).

II. Normale und pathologische Physiologie.

571. Schwarz, O. (Leipzig), **Beitrag zur Hysterie: Doppelseitige und einseitige Erblindung. Hysterische Halluzination.** Med. Klin. **49**, 1252. 1920.

Beschreibung dreier Fälle. Beseitigung der Symptome durch suggestive Maßnahmen. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

572. Lipschitz, Werner (Frankfurt a. M.), **Der Zusammenhang von Zellatmung und Giftwirkung.** Med. Klin. **49**, 1260. 1920.

Auf Einzelheiten der interessanten Untersuchungen des Verf. kann hier nicht näher eingegangen werden. Es gelang ihm nachzuweisen, daß lebende Zellen und Gewebe in vitro eine Reduktion von Dinitrobenzol in Nitrophenylhydroxylamin hervorrufen. Nach der Anschauung des Verf. ist die Reaktion als Parallele zu Vorgängen im intakten Körper aufzufassen, bei denen an sich ungiftige Nitrokörper in ein schweres intermediäres Gift (Hydroxylamin) umgewandelt werden. Sie soll das Wesen der Umwandlung des Blutfarbstoffes in Methämoglobin im Verlaufe von Vergiftungen mit aromatischen Nitrovergiftungen darstellen. Die Reduktionskraft erwies sich dem Verf. als Funktion der Atmung der lebenden Zellen und Gewebe. Der sog. individuelle Giftfaktor einer Substanz, d. h. das Verhalten eines Organismus einer giftig wirkenden Substanz gegenüber ist abhängig von der Giftigkeit des intermediären Produktes und von der Widerstandsfähigkeit des Organismus, die ihrerseits bedingt ist durch dessen aktive Entgiftungsmaßnahmen sowie durch die Bereitschaft des giftempfindlichen Organs. — Neurologisch hervorzuheben ist die eigenartige Erklärung, die der Verf. der Wirkungsweise gewisser als Nervengifte bekannter Substanzen (Alkohol, Nicotin) gibt, die in kleinen Mengen die Neigung zu Nitrovergiftungen (besonders bei Anilinarbeitern) steigern. Da diese Narkotica näm-



lich in kleinen Dosen die Zellatmung anregen, fördern sie indirekt die Ausbildung der schwer giftigen intermediären Reduktionsprodukte der Nitroverbindungen. Die Steigerung der physiologischen Zellfunktion durch das Nervengift führt in diesem Falle zur Steigerung einer zweiten Giftwirkung. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

573. Jellinek, Stefan (Wien), **Elektropathologische Versuche mit Gleichstrom und Wechselstrom — Rückschluß auf die zur Einwirkung gebrachte Stromart aus der Reizerscheinung des Versuchstiers. (Gleichzeitig ein Beitrag zur experimentellen Epilepsie.)** Med. Klin. **44**, 1128. 1920.

Wiedergabe von 4 Versuchen an jungen Katzen. Es traten bei momentaner Applikation von Wechselstrom meistens schwere Krämpfe auf; bei Gleichstrom blieben die Krämpfe meistens aus; es kam lediglich zu einem ruckartigen Zusammenzucken. Genaues Studium der ausführlichen Protokolle der (übrigens mit recht „heroischer" Methodik arbeitenden) Versuche ergibt weder sichere Anhaltspunkte für eine durchgehende qualitative Differenziertheit der Reizerscheinungen bei den beiden Stromarten, noch überzeugende Beweismittel für die Echtheit der „epileptischen Anfälle" bzw. der bei den jungen Katzen zutage getretenen Bewußtseinsstörung (?). Die sehr weitgehenden Rückschlüsse und Schlußfolgerungen setzen einer sachlichen Kritik wenig Widerstand entgegen. S. Hirsch.

574. Allers, R., und J. Borak, Zur Frage des „Muskelsinnes". Zugleich ein Beitrag zur Theorie der Amputation nach Sauerbruch. Wien. med. Wochenschr. **70**, 1165. 1920.

Die Untersuchung von Individuen, die nach Sauerbruchs Verfahren operiert worden waren, ergab, daß die Empfindungsdaten, welche der Beurteilung von Gewichten, von Kontraktionsgrößen und Gliederstellungen zugrunde liegen, größtenteils muskulären Ursprungs sind. Die Muskulatur allein, ohne Gelenke und Sehnen, genügt, sie entstehen zu lassen. In einer nach Sauerbruch amputierten Extremität sind daher die Bedingungen für die Ausführung und Erlernung fein abgestufter Muskeltätigkeiten gegeben. J. Bauer (Wien).

575. Billigheimer, Ernst, Über einen Antagonismus zwischen Pilocarpin und Adrenalin. Beitrag zur Innervation der Schweißdrüsen. (Aus der neurol. Univ.-Klin. Frankfurt a. M.) Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. **88**, 172. 1920.

In einer Reihe von klinischen Versuchen beobachtete der Verf., daß Adrenalin den Ausbruch des durch Pilocarpin hervorgerufenen Schweißes verzögert. Da das Pilocarpin zeitlich nach dem Adrenalin gegeben wurde, lag es nahe, daran zu denken, daß die Verzögerung Ausdruck einer Resorptionsbehinderung des Pilocarpins sein könnte. Es zeigte sich jedoch, daß eine durch Morphin hervorgerufene Miosis bei Vorbehandlung mit Adrenalin keineswegs gehemmt wurde. Auch der Ausbruch des Spontanschweißes wurde in einigen Fällen durch Adrenalin gehemmt. Verf. vertritt daher die Ansicht, daß die von ihm beobachtete Verzögerung der Schweißsekretion durch eine direkte Reizung schweißhemmender Zentren durch Adrenalin aufzufassen ist und daß somit ein echter Antagonismus



zwischen dem sympathicotropen Adrenalin und dem vagotropen Pilocarpin besteht. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

● **576. Sonnenschein, Curt Albert, Neue Untersuchungen über Schmerzreaktionszeiten.** Inaug.-Diss. Gießen 1920.

Verf. hat die motorische Reaktion auf momentane mechanische Hautschmerzreize bei körperlich und geistig Gesunden untersucht. Die benutzten Apparate und die angewandte Methodik sind genau beschrieben. Es ergab sich, daß die Hautschmerzempfindung eine längere Reaktionszeit besitzt, als die Berührungsempfindung. Die mittlere Schmerzreaktionszeit beträgt 0,375 Sek., die maximale Häufung der Schmerzreaktionszeit liegt zwischen 0,3 und 0,4 Sek. Hocks gibt in seiner nicht gedruckten Dissertation „Motorische Reaktion auf taktile Reize bei Geistignormalen, Gießen 1919" die maximale Häufung für Berührungsreaktion auf 0,15 bis 0,2 Sek. an. Die Streuung im zeitlichen Ablauf der Schmerzempfindung ist eine, im Vergleich zu den anderen Hautempfindungsqualitäten, ziemlich beträchtliche; sie beträgt im Mittel 0,38 Sek. Göring (Gießen).

● **577. Schliephake, Erwin, Zur diagnostischen Verwertbarkeit taktil-motorischer Reaktionen bei cerebral bedingten Lähmungen.** Inaug.-Diss. Gießen 1920.

Fortsetzung der Arbeit von Leisse (Zeitschr. d. f. ges. Neur. u. Psych., Ref. **22**, 56). Verf. glaubt, daß nur diejenigen Fälle eindeutige Resultate geben, in denen bei einem und demselben Individuum die taktil-motorischen Reaktionen der kranken mit denen der gesunden Seite verglichen werden können. Auf der kranken Seite findet man starke Streuung und Verlängerung der Reaktionszeit. Göring (Gießen).

● **578. Höber, Rudolf, Lehrbuch der Physiologie des Menschen.** 2. durchgesehene Auflage. VIII, 554 S. Mit 243 Textabbildungen. Verlag von Julius Springer, Berlin 1920. Preis M. 38,—.

Die Tatsache, daß der 1. Auflage diese 2. Auflage nach weniger als einem Jahre folgt, besagt, welchen Anklang das Werk gefunden hat. Obwohl das Buch durch Einfügung einer nicht unbedeutenden Reihe neuester Erkenntnisse etwas erweitert wurde, gleicht die Lektüre auch dieser 2. Auflage „einem erfrischenden Ritt durch ein reizvolles Gelände", wie es der Autor im Sinne hatte. F. Plaut.

● **579. Richet, Charles, Die Anaphylaxie.** Autorisierte Übersetzung von Dr. med. J. Negrin y López. IV., 221 S. Akadem. Verlagsgesellschaft m. b. H., Leipzig 1920. Preis M. 22,—

Das grundlegende Werk des Entdeckers der Anaphylaxie wird in guter deutscher Übersetzung dargeboten. Die Literatur ist nur bis 1913, dem Erscheinungsjahr der französischen Ausgabe berücksichtigt. In einem Nachtrag sind jedoch noch die bedeutsamen Feststellungen Richets über die durch Chloroform bewirkte Anaphylaxie angeführt. Die Lektüre wird durch eine ungewöhnliche Häufung von Druckfehlern erschwert. F. Plaut.

580. Kastorf, F., Über die Verschmelzung der Wärmeempfindung bei rhythmisch erfolgenden Reizen. Zeitschr. Biol. **71**, **53**, 1. 1920.

Kastorf faßt die Ergebnisse seiner experimentellen Studien folgendermaßen zusammen: „Durch Anwendung strahlender Wärme als Reiz gelingt



es bei kürzerer Periodendauer, als seither festgestellt war, noch diskontinuierliche Wärmeempfindung wahrzunehmen. — Bei gleicher Reiz- und Pausenlänge ist an der Volarseite des Unterarms bei einer durchschnittlichen Periodendauer von 0,448 Sek. noch diskontinuierliche Wärmeempfindung wahrnehmbar. Bei einer durchschnittlichen Periodendauer von 0,406 Sek. tritt Verschmelzung ein. Die längste bzw. kürzeste Periodendauer, bei der noch Diskontinuität wahrgenommen wurde, beträgt 0,625 Sek. bzw. 0,312 Sek. Die Länge der Perioden, bei denen gleichmäßige Empfindung auftritt, liegt zwischen 0,555 Sek. und 0,294 Sek. Auch diese Werte übertreffen die bekannten kritischen Periodendauern für Verschmelzung der Empfindungen anderer Sinnesorgane. — Bei den Untersuchungen hat sich ergeben, daß mit der Steigerung der Intensität der Reize eine Erhöhung der Frequenz einhergeht, bei der noch Diskontinuität wahrzunehmen ist. So erklärt sich auch wohl zum Teil das Baslersche Ergebnis, da hier wohl nicht die äußerste Grenze der noch zulässigen Erwärmung der Haut zu erreichen war.

Karl Pönitz (Halle).

581. Salck, W., und Weitbrecht, E., Zur Frage der Beteiligung sympathischer Nerven am Tonus der Skelettmuskulatur. Zeitschr. f. Biol. **71**, **53**, 246. 1920.

Durch experimentelle Untersuchungen stellen die Verff. fest, daß durch Eintauchen von stark gekühlten Fröschen in Eiswasser der Brondgeestsche Beugetonus sehr verstärkt zur Darstellung gebracht werden kann, daß einseitige Durchtrennung der R. commun. der Beinnerven eine Tonusabnahme nur gering und nicht konstant hervorrufen, daß einseitige Hinterwurzeldurchschneidung den Tonus viel mehr vermindert als Sympathicusdurchschneidung der anderen Seite. Der Tonus der „Brückenstellung“ soll durch Sympathicusdurchschneidung nicht an Kraft abnehmen und die tonischen Innervationen an den hinteren Extremitäten des Frosches sollen nach Ansicht der Verfasser nicht an die Unversehrtheit der neuerdings im quergestreiften Muskel entdeckten sympathischen Fasern gebunden sein.

Karl Pönitz (Halle).

582. Zondek, B., Der Einfluß des Hypophysenextraktes auf die Peristaltik. (Beobachtungen am experimentellen Bauchfenster.) Pflügers Archiv f. Physiol. **180**, 68. 1920.

Zondek findet, daß bei jeder Injektion der Darm durch den „psychischen Schock des Schmerzes“ eine Zeitlang (2 Minuten) vollkommen stillgestellt wird, daß das Hypophysenextrakt einen erregenden Einfluß auf die Dickdarmperistaltik hat und der Erregung zuweilen eine kurzdauernde Hemmung vorausgehe. Durch Hypophysenextrakt werde die pharmakologische Vagusreizung weiter gesteigert, er übe einen regulierenden Einfluß auf die Peristaltik aus und sei wegen dieser physiologischen Eigenschaften für den klinischen Gebrauch (postoperative Darmatonie) zu empfehlen.

Karl Pönitz (Halle).

583. Hoffmann, P., Über die Beziehungen der Hautreflexe zu den Sehnenreflexen. Eigenreflexe und Fremdreflexe der Muskeln. Zeitschr. f. Biol. **72** u. **54**, 101. 1920.

In einem in Hamburg gehaltenen Vortrag spricht Hoffmann über



Eigenreflexe und Fremdreflexe, wobei er ausführt, daß die Eigenreflexe im wesentlichen denen entsprechen, die wir klinisch als „Sehnenreflexe" bezeichnen, die Fremdreflexe denen, die wir „Hautreflexe" nennen. H. stellt die hauptsächlichen Eigenheiten und Unterschiede dieser Reflexarten zusammen: Während die Reflexzeit bei den Eigenreflexen, z. B. dem Patellarreflex, sehr kurz und von der Reizstärke unabhängig ist, ist sie bei den Fremdreflexen lang und davon abhängig. Bei den Eigenreflexen finden wir keine Summation bei wiederholtem Reiz, wohl aber bei den Fremdreflexen. Die Eigenreflexe sind nur von einer bestimmten Stelle auslösbar, die Fremdreflexe von weiten Bezirken her. Schließlich sind die Eigenreflexe schwer ermüdbar, unbewußt, untergeordnet (vgl. die Bahnung durch willkürliche Kontraktion), die Fremdreflexe rasch ermüdbar, bewußt, übergeordnet. Karl Pönitz (Halle).

584. Schäffer, H., Beiträge zur Frage der autonomen Innervation des Skelettmuskels. I. Über die Tiegelsche Contractur beim Menschen. Arch. f. d. ges. Physiol. **185**, 42. 1920.

Die Lehre von der autonomen Innervation der Skelettmuskel beginnt mit A. Mosso. Es ist seitdem von vielen Seiten die Ansicht vertreten worden, daß die Skelettmuskeln in ihrem Tonus sympathisch und parasympathisch reguliert werden, H. H. Meyer sagt, daß der Antagonismus zwischen Curare und Physostigmin möglicherweise auf die Anwesenheit parasympathischer Endigungen in den Muskelfasern hinweist. Verf. meint jedoch, daß die intuitive Erkenntnis noch kritischer experimenteller Fundierung bedürfe und versucht dies auf dem Wege der pharmakologischen Analyse. Seine Versuche zeigen u. a., daß beiden Systemen, den sympathischen sowohl wie den parasympthischen, Einwirkung auf eine bestimmte Aktionsform des Muskels, der sog. Tiegelschen Contractur zukommt, daß auch hier ein funktioneller Antagonismus beider besteht, indem parasympathische Erregung die Contractur fördert (Pilocarpin, Physostigmin), sympathische sie hemmt (Atropin, Scopolamin). Karl Pönitz (Halle).

585. Lehmann, Über sensible Fasern in den vorderen Wurzeln. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 1218. 1920.

In 2 Fällen fanden sich nach Resektion der für den Arm bestimmten hinteren Wurzeln die sensiblen Qualitäten nicht völlig erloschen. Die cutanen Empfindungen waren erloschen; aber es blieben Druck- und Druckschmerzhaftigkeit übrig; ja es wurde schon ein leichter Druck und das Anfassen einer Hautfalte mit einer Pinzette empfunden. Mit Rücksicht darauf, daß die Entwicklung des Plexus cervicalis sich durch die ganze Tierreihe hindurch in strengen und konsequenten Bahnen bewegt, lehnt Verf. für die in seinen Fällen erhaltenen sensiblen Qualitäten die Erklärung einer Wurzelüberlagerung ab; auch periphere Anastomosen können nicht in Frage kommen. Die plausibelste Erklärung scheint Verf. die zu sein, daß sensible Fasern, die Druckempfindung und unter Umständen Druckschmerzempfindung vermitteln, durch die vorderen Wurzeln verlaufen. Es ist noch nicht sicher, ob es sich bei diesen Fasern um cerebrospinale oder sympathische Fasern handelt. Schob (Dresden).



586. Gutherz, Zur Sarkoplasma-Theorie der tonischen Erscheinungen am quergestreiften Muskel. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 1166. 1920.

Trotz bemerkenswerter Einwände Mossos ist die Lehre vom Sarkoplasma als dem Tonussubstrat weiter ausgebildet worden. Besonders Frank hat sich neuerdings dahin ausgesprochen, daß sich in jeder quergestreiften Muskelfaser gewissermaßen ein glatter Muskel verberge, der wahrscheinlich dem Sarkoplasma gleichzusetzen sei. Dagegen sind vom histologischen Standpunkt aus gewichtige Einwände zu erheben: Wo ein Protoplasma bestimmt gerichtete Kontraktionen aufweist, finden sich auch Fibrillen, auch in der glatten Muskulatur. Wenn man die Franksche Theorie als richtig annimmt, müßte man also folgerichtig in jeder quergestreiften Muskelfaser neben dem bekannten Myofibrillensystem ein zweites, nicht quergestreiftes annehmen. Derartiges ist aber niemals beobachtet worden. — Es ist nachgewiesen, daß an sarkoplasmaarmen Muskeln auch bei Mensch und Säugetier das Sarkoplasma nur in so minimaler Menge auftritt, daß es schlechterdings ausgeschlossen erscheint, daß ein quantitativ so geringfügiger Bestandteil der Muskelfaser, wie ihn das Sarkoplasma hier darstellt, den Kontraktionsvorgang im Sinn der Lehre vom Tonussubstrat bewerkstelligen könne. Aus den Beobachtungen an sarkoplasmaarmen Fasern folgt aber, daß auch bei Sarkoplasmareichtum dem Sarkoplasma nicht die Funktion, eine besondere Form der Kontraktion auszuführen, zukommen kann (Frank war von sarkoplasmareichen Muskeln ausgegangen). Es ist aber noch nicht sicher zu entscheiden, ob nicht das Sarkoplasma, wie es Frank neben seiner eigentlichen aktiven Contractilität annimmt, durch seine Zustandsänderung die Aktion des Fibrillenapparates verändern, also eine mehr indirekte Rolle beim Kontraktionsvorgang spielen kann. Schob.

587. Schäffer, Skelettmuskel und autonomes Nervensystem. Nach Untersuchungen über die Tigelsche Contractur am Menschen. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 728. 1920.

Bei der Untersuchung geeigneter Personen, die die sog. Tiegelsche Contractur zeigten, konnte Verf. nachweisen, daß die eben noch leicht auslösbare Tiegelsche Contractur sofort verschwand, wenn der Versuchsperson an beliebiger Körperstelle 0,5—1,0 mg Suprarenin Höchst subcutan oder intramuskulär injiziert wurde, wobei sich zeigen ließ, daß diese Wirkung des Suprarenins eine echte Muskel- bzw. Nervenendwirkung war. Bei Prüfung anderer Mittel ergab sich, daß die Contractur durch die parasympathisch erregenden Mittel, Pilocarpin und Physostigmin, weitgehend gefördert, durch die parasympathisch lähmenden, Atropin und Scopolamin, gehemmt oder völlig unterdrückt wird. Mit Hilfe des in der Chirurgie gebräuchlichen Verfahrens der Plexusanästhesie nach Oulenkampf konnte Schäffer weiter feststellen, daß der hierdurch motorisch und sensibel total gelähmte Muskel alle beschriebenen Reaktionen genau so stark, ja in noch höherem Maße bot, als bei erhaltener normaler Innervation. Damit ist bewiesen, daß der Angriffspunkt in der Peripherie des neuromuskulären Apparates zu suchen ist, und zwar handelt es sich nicht um eigentliches Muskelplasma, sondern um Nervenendwirkungen. Die sog. Tiegelsche Contractur wird also durch die parasympathisch erregenden Mittel gefördert,



durch das sympathisch erregende Adrenalin gehemmt. Die der Contractur zugrunde liegenden Stoffwechselvorgänge müssen demnach fördernden und hemmenden Einflüssen unterliegen, die auf parasympathischen und sympathischen Bahnen dem Muskel zuströmen. Schob (Dresden).

588. Frank, Die parasympathische Innervation der quergestreiften Muskulatur und ihre klinische Bedeutung. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 725. 1920.

I. Über den normalen und krankhaft gesteigerten Muskeltonus und seine Abhängigkeit vom antagonistischen Spiel des autonomen Nervensystems: der Muskeltonus wird noch vielfach als eine leichte tetanische Dauererregung aufgefaßt, die sich am fibrillären Muskelapparat abspielt und reflektorisch unterhalten wird. Demgegenüber betont Frank, daß der Tonus nicht von der Vorderhornzelle und dem motorischen Nerven, sondern von dem antagonistischen Spiel des autonomen Nervensystems beherrscht wird, daß sich in jedem quergestreiften Muskel also gewissermaßen ein glatter verberge, höchstwahrscheinlich das Sarkoplasma. Ein sehr prägnantes und gut untersuchtes Beispiel einer spinal bedingten tonischen Dauerverkürzung ist die bei der Tetanuserkrankung auftretende Muskelstarre, die ohne Aktionsstrom und Glykogenschwund verläuft; ebenso die sog. Enthirnungsstarre, die erzeugt wird, wenn der Hirnstamm in der Gegend der Vierhügel vom Vorderhirn abgetrennt wird. Der quergestreifte Muskel wird dann geradezu plastisch dehnbar und behält jede Stellung bei, die ihm gegeben wird. Als ganz ähnliche Zustände faßt Frank die eigentümliche Starre bei Paralysis agitans, bei Pseudosklerose, bei Encephalitis lethargica auf. Dieser Zustand wird ebenfalls durch Lösung der Beziehungen zwischen Vorder- und Mittelhirn (striäre Erkrankung) hervorgerufen. Steigerung des physiologischen Tonus, Neigung zu anhaltender Verkürzung, schließlich ausgesprochene Steifigkeit und Starre können auch durch gewisse, stark auf das vegetative Nervensystem einwirkende Alkaloide hervorgerufen werden, z. B. Nicotin (kataleptoider Nicotinfrosch), mehr noch durch das elektiv parasympathikotonische Physostigmin; Auftreten von fibrillären Zuckungen und Muskelsteifigkeit. Dieser Physostigmintremor wird natürlich durch fibrilläre Muskelzuckungen hervorgerufen, aber sicherlich nicht durch Reizung motorischer Nervenendigungen, sondern auf dem Wege über die Sarkoplasmaalteration. Die Muskelunruhe und die -steifigkeit des Physostigminhundes wird fast momentan durch Adrenalin beseitigt, das elektiv auf die Endorgane des Grenzstrangsympathicus eingestellt ist. Daraus ist der Schluß zu ziehen, daß der Sympathicus das Sarkoplasma in umgekehrtem Sinn beeinflußt wie der Parasympathicus. Der Parasympathicus erscheint als der Förderer des Skelettmuskeltonus, der Sympathicus als sein Antagonist. II. Über die parasympathisch-motorische Bahn zum quergestreiften Muskel (zugleich ein Beitrag zur Korrektur des Magendie-Bellschen Gesetzes). Die Tonusfasern des quergestreiften Muskels verlassen das Rückenmark mit den hinteren Wurzeln. Der normale Muskeltonus, die Tetanustoxinstarre, die Rigidität bei der Paralysis agitans machen sofort völliger Erschlaffung Platz, wenn die hinteren Wurzeln durchschnitten werden oder durch Lumbalanästhesie temporär außer Kurs gesetzt werden. Ebenso wirkt Durchdringung eines



Muskels mit kleinen Novocainmengen, wobei die Motilität völlig intakt bleibt. Die Durchtrennung der hinteren Wurzeln, die Novocainisierung der intramuskulären „sensiblen“ Nerven unterbricht nicht, wie bisher vielfach angenommen wurde, die afferente Bahn eines Reflexbogens, sondern vom Zentrum herkommende parasympathische Erregungen, welche den tonischen Zustand des Muskels bedingen und steigern. Daß die sensible Bahn identisch ist mit der parasympathisch-motorischen, läßt sich in folgender, sehr einfacher Weise zeigen. Die idiomuskuläre Zuckung auf mechanischen Reiz, vor allem aber die Zuckungen und der Tremor nach Physostigmin sind sicherlich nicht reflektorisch bedingt; das Hüpfen der Muskelbündel ist sogar ganz unabhängig vom Zentralnervensystem; im Gegenteil, nach Durchschneidung des peripheren Nerven nur um so lebhafter. Intramuskuläre Novocaininjektionen in Dosen, welche die motorischen Nervenendigungen sicherlich völlig unberührt lassen, heben die mechanische Muskelerregbarkeit momentan auf und bringen das Physostigminzucken sofort zum Verschwinden. Diese Novocainwirkung tritt mit der ganz gleichen Gesetzmäßigkeit auch dann ein, wenn man das faszikuläre Zucken in dem Tibialis anticus eines durch Lumbalanästhesie komplett sensibel und motorisch gelähmten Menschen hervorruft, wenn also jeder Weg über das Rückenmark, jeder reflektorische Vorgang unmöglich geworden ist. Diese Befunde lassen nur die Auslegung zu, daß das Novocain durch Lähmung „afferenter“ Nervenendigungen den Erregungsstrom ausschaltet, welchen diese peripherwärts dem Tonussubstrat, das ist dem Sarkoplasma, zusenden. Schob (Dresden).

III. Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

589. Valkenburg, C. T., Individualität und Wahn. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 762. 1920.

Theoretische Betrachtungen. In 8 Fällen paranoischer Wahnbildung stand im Anfang, vor jedem Wahngedanken, das Bewußtsein einer Veränderung im Verhältnis des Ichs zur Außenwelt. Verf. redet in diesem Fall von psychischer, bei der Psychasthenie und Zwangsneurose von psychobiologischer, bei der Melancholie von biopsychischer Depersonalisation. van der Torren (Castricum).

590. Jelgersma, G., Der Inzestkomplex. Ned. Maandschr. v. Geneesk. **1**, 390. 1920.

Zwei Patienten, welche selber den Komplex direkt und ohne Psychoanalyse mitteilten. van der Torren (Castricum).

● **591. Jacobi, W., Die Ekstase der alttestamentlichen Propheten.** Verlag J. F. Bergmann. München 1920. 62 S. Preis M. 9,—.

Jacobi geht einem religiös allgemein bedeutsamen und für die isrealitische Religionsgeschichte geradezu ausschlaggebenden Phänomen: der prophetischen Ekstase nach. Er kennzeichnet eingehend ihren psychologischen Charakter, die Bedingungen für ihre Entstehung, ihre körperlichen und seelischen Begleiterscheinungen (die Halluzinationen, die ekstatischen Reden, das Zwangshandeln usw.) und schildert dann weiter die verschiedenen Formen, in denen sie sich im Laufe der religiösen Entwick-





lung kundgab, die einzelnen Wege, auf denen sie sich ausbreitete, und die wechselnden Anschauungen über ihren Zweck und Charakter vom antiken israelitischen und christlich dogmatischen Standpunkt. Daran schließt sich dann als hier besonders interessierendes Moment die psychiatrische Beurteilung, die vor allem die inneren Beziehungen zur Hysterie würdigt. Der abschließende Hinweis auf die Propheten als Dichter und Künstler führt hinüber zu dem allgemeinen Problem der schöpferischen Persönlichkeit und ihrer Geistesproduktionen, doch wird leider gerade diese interessante Analogie nicht so eingehend gewürdigt, wie sie es vom psychologischen Standpunkte aus verdiente. Die Darstellung ist anschaulich, voll reicher „Kasuistik", und zieht die wissenschaftliche Literatur in vollem Umfange heran. So kommt bei aller gedrängten Kürze doch ein voller Überblick über ein auch psychopathologisch bedeutsames Sondergebiet zustande, wie er von psychiatrischer Seite bisher noch nirgends gegeben worden ist. Daß die Abhandlung schon bedeutsame theologische Vorläufer hat, so vor allem das im ersten Kriegsjahre erschienene große Prophetenbuch von Hölscher (das besonders auch dem pathologischen Moment gebührend Rechnung trägt), kann ihren Orientierungswert für den Psychiater nicht herabsetzen. Birnbaum (Berlin-Herzberge).

● **592. Jaensch, E. R., Einige allgemeinere Fragen der Psychologie und Biologie des Denkens, erläutert an der Lehre vom Vergleich.** Arbeiten zur Psychologie und Philosophie herausgegeben von E. R. Jaensch in Marburg. Leipzig, Barth 1920. 31 Seiten. Preis M. 4,—.

In einleitenden Worten wird auf die „topologisch zentrale" Stellung der Psychologie im heutigen System der Wissenschaften und auf ihre besondere Befähigung zur Aufhellung allgemein-philosophischer Fragen hingewiesen. An einem „höchst unscheinbaren Problem" aus der Psychologie des Denkens, dem Längenvergleich zweier nacheinander dargebotener Strecken und dem Helligkeitsvergleich zweier Farben wird zunächst die Unzulänglichkeit der „Erinnerungsbildtheorie" gezeigt, wonach der Vergleich auf dem Zurückbleiben eines bewußten Erinnerungsbildes beruhen soll, das mit dem zweiten Reiz zur Deckung gebracht und an ihm gemessen wird. Versuche von Müller u. a. haben nachgewiesen, daß ein derartiges Vorstellungsbild in vielen Fällen nicht aufweisbar ist. Schumann zeigte, daß der Vergleich vielfach auf eigentümlichen „Übergangserlebnissen" beruht. Beim Streckenvergleich z. B. erscheinen im Augenblick, wo die zweite Strecke dargeboten wird, falls diese länger ist, die Enden derselben verdickt oder schwärzer oder es treten eigentümliche Bewegungseindrücke an ihnen auf. Jaensch konnte bei seinen Versuchen an Jugendlichen diese Beobachtungen bestätigen. Es zeigten sich z. B. beim Streckenvergleich eigentümliche „Wachstums- und Schrumpfungsbewegungen, durch die die zweite Strecke gleichsam zu entstehen scheint". Tierpsychologische Versuche des Verf. an Hühnern sprachen gleichfalls dafür, daß derartige Übergangserlebnisse die Grundlage des Vergleichs bilden. Verf. gibt zu, daß sich diese und ähnliche Denkvorgänge beim Erwachsenen auch andersartig auf Grund anderer Funktionssysteme vollziehen können. Dieser Wechsel der Funktionssysteme beruht auf dem „geschichteten" Aufbau unseres geistigen Lebens. Die herkömmliche Erin-



nerungsbildtheorie jedoch, die sich den lebendigen Vergleichsvorgang etwa so denkt, wie wir in bewußter technischer Arbeit beim Abmessen von Strecken verfahren, entspringt jener apriorischen konstruierenden Psychologie, die, wie Bergson gezeigt hat, den Fehler begeht, die schöpferischen Leistungen des Lebens nach dem Muster unserer technischen Arbeitsweisen erklären zu wollen. Storch (Tübingen).

593. Prantl, R., Die Untersuchung der Suggestibilität mittels des 2. Binetschen Linienfallversuches. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 25, H. 4, S. 133. 1920.

Der Verf. hat die Binetsche Methode zur Untersuchung der Suggestibilität an einem großen Material nachgeprüft, dabei die Versuchsanordnung modifiziert und durch drei Gegenversuche erweitert. Das Binetsche Verfahren verfolgt die Absicht, jeden primären suggestiven Einfluß des Experimentierenden auszuschließen, und nur die in der Versuchsanordnung selbst liegende Suggestionskraft zur Wirkung zu bringen. Man läßt die Versuchspersonen 5 einzelne Linien von wachsenden Längen, die nacheinander für sich gezeigt werden, nachzeichnen, wodurch von selbst die Vorstellung entsteht, daß die Linien immer länger werden. Von der 6. Linie ab nehmen aber die Längen der nachzuziehenden Striche nicht mehr konstant zu, aber unter der Nachwirkung des Leitgedankens verhalten sich die Versuchspersonen so, als ob dies noch der Fall wäre. Bei den Binetschen Versuchen folgt auf den „Reizlinienbereich" (d. i. die den Versuch einleitende Gruppe von fünf der Größe nach anwachsenden „Reizlinien") ein Fallenbereich. Die darauf folgenden Modellinien wachsen dann nicht mehr konstant an, sondern halten teilweise die Länge der vorher gezeigten fest. Bei dem 2. Binetschen Versuch folgen auf den Reizlinienbereich ausschließlich Fallen. — Auf Grund seiner sehr eingehenden und geistvollen Prüfungen kommt Prantl zu dem Ergebnis, daß der 2. Binetsche Versuch eine Handhabe zur exakten Berechnung der individuellen Suggestibilität nicht liefert. Dagegen läßt sich der Versuch zur Aufdeckung der Intensität und der Art der Suggestibilität verwenden. Er erlaubt eine Klassifikation der Versuchspersonen in vierzehn verschiedene Kategorien, die sich aus der Vergleichung der Reproduktionen ergeben. „Das Band der Suggestibilitätsarten läuft von der Ultrasuggestibilität an dem einen Ende über den Nullpunkt der Asuggestibilität zur Antisuggestibilität am andern Ende." Da die Art der Suggestibilität in einer gewissen Korrelation zum Charakter der Versuchspersonen steht, so sei es von großem pädagogischen Interesse, zu untersuchen, wie weit diese Übereinstimmung geht, und den Versuch an vielen Klassen nur von diesem Gesichtspunkte aus durchzuführen. Denn Suggestibilität ist in gewissem Sinne gleichbedeutend mit Erziehbarkeit und Verziehbarkeit.

Max Bielschowsky (Berlin).

594. Stern, R., Zur Entstehung der Angst. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 875. 1920.

Verf. sieht im Moebiusschen Phänomen ein Kriterium der Angstkonstitution. Die Angst verfügt stets über eine Konjunktur im Zentralnervensystem, die die Herzstillstandschwelle erniedrigt, wobei instinktmäßig eine Bedrohung der Existenz empfunden wird. Die Annahme einer



einseitigen peripheren Reizung des Nervus vagus bei Ausschaltung des kontralateralen Nervus vagus findet eine Stütze in dem analogen Verhalten anderer Zentren bei kurzen Faszinationen, wie es im Phänomen von **Moebius** klinisch zum Ausdruck gelangt. J. Bauer (Wien).

595. Wehrli, G. A., Die inneren Körperorgane in den Kinderzeichnungen mit einigen ethnographischen Parallelen. Mitteil. Geogr.-Ethnogr. Gesellschaft Zürich 1918/19. S. 35—51. Mit 47 Abb. Zürich 1920.

Verf. ließ Schulkinder in den abgelegenen Gebirgstälern der Schweiz, „wo Bilderbücher fast noch vollständig fehlen und auf der Schule nicht gezeichnet wird", andererseits aber die Kinder „im Gegenteil zur Stadt vielmehr Gelegenheit haben, beim Schlachten von Haustieren zugegen zu sein und Einblick in das Körperinnere von Tieren zu erhalten", Zeichnungen von Menschen und Tieren anfertigen, und zwar auf dreierlei Art. Bei der ersten Gruppe forderte er die Kinder einfach (ohne jedwede Beeinflussung durch andere Personen) auf, Menschen und Tiere zu zeichnen. Dabei zeichneten einzelne Kinder (etwa 3—6%) ihren Figuren jeweilen innere Organe ein, obwohl von solchen weder vor noch während der Versuche die Rede gewesen war. Verf. nennt diese Zeichnungen **spontan entstandene Wiedergabe der inneren Organe.** In der überwiegenden Mehrzahl wurde das Herz eingezeichnet; zumeist in der Körpermitte frei oder an einer langen Linie im Zusammenhang mit dem Kopfe hängend (Gurgel). — Bei einer zweiten Gruppe befahl er den Kindern, Menschen und Tiere zu zeichnen, die krank wären. Auch hierbei kamen manche Kinder auf den Gedanken, zur Veranschaulichung der Erkrankung innere Organe hineinzuzeichnen. Es sind dies **die indirekt veranlaßten Zeichnungen innerer Organe.** Hierbei wurden vorzüglich Magen, Darm und Lunge wiedergegeben; dagegen fehlte das Herz, die Nieren, Milz, Leber usw. Bei der dritten Gruppe endlich forderte der Verf. die Kinder auf, Menschen und Tiere mit allem, was im Körper vorhanden ist, zu zeichnen. **Direkt veranlaßte Zeichnungen innerer Organe.** Je nach der Entwicklungsstufe der Kinder, ihrem Alter und ihrer Intelligenz kamen hier ganz verschiedene Bilder zur Darstellung, von einem Liniengewirr an, die als „Fleisch" oder „Chuttle" gedeutet wurden, bis zu gewissen Situsbildern, in denen die einzelnen Organe miteinander in Verbindung gesetzt und vor allem auch mit der Körperoberfläche in Beziehung gebracht wurden. Am häufigsten wurde das Darmsystem gezeichnet, hin und wieder auch das Blutsystem. Die Knochen wurden entweder gar nicht oder dann stets nur mangelhaft wiedergegeben; das urogenitale System zuweilen durch Einzeichnen der Harnblase, auch des Uterus bei Tierzeichnungen (die „Budi" mit einem Foetus). Das Nervensystem wurde nur durch Wiedergabe des Gehirns angedeutet, auch die Lungen nicht als System dargestellt, sondern als freie Organe im Körperinnern. — Soweit es möglich war, suchte Verf. aus der Literatur ethnographische Parallelen zu diesen Kinderzeichnungen. Er fand bei den spontan entstandenen Zeichnungen innerer Organe eine überraschende Übereinstimmung. Auch bei den indirekt veranlaßten Zeichnungen konnte er mehrfach Parallelen feststellen, denn auch die Primitiven kommen hin und wieder in die Lage, Krankheiten



graphisch wiederzugeben, ferner beim Bilderzauber innere Organe zu zeichnen u.a.m. Buschan (Stettin).

● **596. Driesch, Hans, Leib und Seele. Eine Untersuchung über das psychophysische Grundproblem.** 2. Auflage. Leipzig 1920, Reinike. 114 Seiten. Preis M. 15,—.

Drieschs Kritik des psychophysischen Parallelismus (erste Auflage 1916) erscheint in zweiter Auflage, bereichert durch einen zweiten Teil von „systematisch aufbauendem" Charakter. Die Lehre vom psychophysischen Parallelismus setzt das Seelische im Sinne des Erlebten, „bewußt Gehabten" (also das Phänomenologische im Sinne Husserls) in Parallele zum Physischen im Sinne des Mechanischen. Die üblichen Gründe und Gegengründe reichen zur Entscheidung der Frage nicht aus. Deutlicher zeigt schon eine phänomenologische Besinnung die Unzulänglichkeit der Lehre: die Abweichungen der Erinnerungsbilder von den ursprünglichen Wahrnehmungen, die Möglichkeit des Wiedererkennens trotz Wechsels der „Reizpforten", das Erfassen von einheitlichen Komplexen u. a. sind Tatsachen, die durch das „Anklingen von Hirnspuren" nicht zu erklären sind. Tiefer noch in das Problem führt die Frage nach der Struktur des Physischen und Psychischen, nach den „unzerlegbaren Letztheiten", den Elementen und ihren Ordnungsformen. Hinsichtlich der letzteren gilt, daß alles Psychische zentriert, ichbezogen ist, und daß alles miteinander in einer Weise verwoben ist, für die es im Physischen keine Analogie gibt. Es existiert im Psychischen eine große Fülle verschiedenartiger Beziehlichkeiten, während im Physischen alle Beziehungen zwischen den Urdingen Abwandlungen der einen Beziehung: „Neben" sind. „Die Empfindungsletztheiten unterscheiden sich in echt ‚qualitativer' Weise, sogar innerhalb eines und desselben Sinnesgebietes. Die physischen Reize aber sowohl, also zum Beispiel elektromagnetische Strahlen verschiedener Wellenlänge, als auch die von ihnen in den Sinnesorganen bewirkten Zustände, also etwa photochemische Wirkungen, unterscheiden sich untereinander im Sinne des Mechanismus nur als Verschiedenheiten von Bewegung und Anordnung immer derselben ganz wenigen Arten von dinghaften Letztheiten. Wie ein bloßes Mehr oder ein bloßes Andersliegen auf der einen, der physischen Seite den Solchheitsunterschied zwischen Rot und g', ja auch nur zwischen Rot und Blau auf der „anderen Seite" sollte „parallelistisch" bedingen können, das ist grundsätzlich uneinsehbar, und zwar im Sinne einer vollendeten Widersinnigkeit." — Der „Urdingarten" und „Wirkungsletztarten" der materiellen Welt sind wenige, die seelischen Letztdinge sind viel mannigfaltiger. Da gibt es neben den qualitativ verschiedenen Empfindungsinhalten als weitere unzerlegbare Erlebnisinhalte die qualitativ differenten Gefühlserlebnisse und alle die „Tönungen" (z. B. damals) und gedanklichen Zeichen (z. B. der Kreiszugehörigkeit, der „Sphäre"). Es kann also das psychische „Ding" nicht im Reiche der physischen Bilder seine Abbildung finden. Ordo et connexio rerum und ordo et connexio idearum entsprechen sich nicht. An den Ergebnissen einer Zergliederung der Mannigfaltigkeit des Mechanisch-Naturhaften und Erlebnishaften und an dem Vergleich dieser Ergebnisse mit Rücksicht auf den Grad von Mannigfaltigkeit scheitert die übliche parallelistische Lehre. — Denkmöglich wird erst der Parallelismus,



wenn wir über das phänomenologisch Vorfindbare, über die diskontinuierliche Abfolge der Erlebnisse des bewußten „Selbst" und „Ich" hinausgehend die „stetige Grundlage dieses Selbst", die Seele als Ordnungsbegriff zum Ordnungsbegriff Natur in Beziehung setzen. Metaphysisch kann dann — unter Voraussetzung der vitalistischen Grundanschauungen D.s — die Seele — der nicht-ich-bewußte Organismus, der das bewußte Haben schafft — als dasselbe Etwas vorgestellt werden, wie der nichtmechanische Naturfaktor, der das Werden des Leibes bestimmt. — Auch diejenige Form eines Parallelismus, die eine eindeutige Zuordnung zwischen einem bestimmten Zustand der Seele und einem bestimmten physikochemischen Hirnzustand behauptet, besteht nicht zu Recht. Den durch Reizungen der Sinnesorgane und der sensiblen Nerven hervorgerufenen Gehirnzuständen ist zwar „Empfindungs- und Wahrnehmungshaftes" zugeordnet, aber das letztere tritt nie rein auf, sondern stets mit „Zeichen" aller möglichen Art, zu einem zusammengesetzten Ganzen vermengt, und welcher Art dieses Ganze als Erlebnis ist, das ist nicht in eindeutiger Zuordnung zu diesem Hirnzustand, sondern durch Hirnzustand und Zuständlichkeit der Seele gemeinsam bestimmt, denn die Seele hat ja ihre auf ihrer Geschichte beruhende eigene Zuständlichkeit. — Die Schrift, die auch dem nicht auf dem Boden des Vitalismus Stehenden viel Interessantes bietet, hat manche Berührungspunkte mit der Lehre Bergsons, insbesondere mit dessen Nachweis von der Unzulänglichkeit der herkömmlichen Auffassung, die im Gehirn statt eines „Handlungsvermittlers" einen Erzeugungs- und Aufbewahrungsort von „Bildern" sieht.

Storch (Tübingen).

597. Jaensch, R. E., Zur Methodik experimenteller Untersuchung an optischen Anschauungsbildern. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane **85**, 37. 1920.

Als subjektive objektive Anschauungsbilder beschrieb zuerst Urbantschitsch bei einzelnen Menschen vorkommende Phänomene: sie sehen mit voller sinnlicher Deutlichkeit vorhergesehene Gegenstände oder selbst geschaffene in einer Weise, daß es sich weder um bloße Vorstellungen noch um Nachbilder handelt. Diese Fähigkeit ist nach einem Funde Krohs in einer gewissen jugendlichen Altersstufe regulär, während es unter Erwachsenen nur relativ wenige Menschen mit dieser Fähigkeit gibt. In gegenwärtiger Arbeit, der weitere folgen sollen, zeigt Jaensch, daß es methodisch möglich ist, diese Phänomene nicht nur deskriptiv, sondern auch experimentell nach den Prinzipien der Untersuchung in der Wahrnehmungspsychologie zu erfassen. Z. B. gilt für sie auch das Gesetz der identischen Sehrichtungen (Hering). Bedenken, es könne sich um Suggestion handeln, werden zurückgewiesen. Die Deutlichkeit dieser Bilder ist außerordentlich. Sie üben unter Umständen eine starke Verdrängung gegenüber dem wahrnehmungsmäßig Gegebenen aus. Ein jugendlicher „Eidetiker" (so nennt Jaensch die Menschen mit lebhaften solchen Bildern) sagte: „Wenn es mir langweilig ist, mache ich Bilder." Man wird lebhaft an die Selbstschilderungen von Johannes Müller erinnert. Das Neue und Wichtige dieser Arbeit ist, daß solche Phänomene bei Jugendlichen allgemein seien und daß sie der experimentellen Beobachtung zugänglich gemacht sind. Außer-



dem wird — nur durch kurze Bemerkungen — eine Beziehung der eidetischen Anlage zu zwei „Konstitutionen" behauptet: zur T-Konstitution (gekennzeichnet durch galvanische und mechanische Übererregbarkeit der peripheren Nerven) und zur B-Konstitution (respiratorische Arhythmie, lebhafte Hautreflexe, Glanzauge, ferner: „Basedowoid"). Je ausgeprägter und reiner der B-Typus gegeben ist, um so leichter können die Anschauungsbilder durch äußere und innere Einwirkungen, insbesondere auch durch die Vorstellungen der Versuchspersonen beeinflußt werden und durch absichtliches Vorstellen, durch „Denken an ein Objekt" hervorgebracht werden, während hierzu der reine T-Typus einer Vorlage bedarf. Menschen des T-Typus möchten daher wohl ihre Bilder verlieren, wenn sie sich lebhaft aufdrängen (was durch Calcium-Therapie möglich sei), während solche des B-Typus ihre Bilder behalten wollen. Übrigens kommen auch beide Typen gemischt vor. Jaspers (Heidelberg).

598. Fröbes, Aus der Vorgeschichte der psychologischen Optik. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. **85**, 1. 1920.

Kein Gebiet der Pyschologie ist so entwickelt wie die Lehre vom Gesichtssinn, der die bedeutendsten Forscher des letzten Jahrhunderts ihre Kräfte gewidmet haben. Fröbes will von der Höhe des gegenwärtigen Wissens einen Überblick geben über die relativ bescheidenen Erkenntnisse, die das Altertum und Mittelalter in diesem Felde gewonnen hatte. Jaspers.

599. Busse, Paula, Über die Gedächtnisstufen und ihre Beziehung zum Aufbau der Wahrnehmungswelt. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. **84**, 1. 1920.

Die unter der Leitung von Jaensch gemachte Arbeit bezieht sich im wesentlichen auf das Verhalten der von Urbantschitsch untersuchten, früher vielfach und klar beschriebenen Erscheinungen des „Sinnengedächtnisses", der „subjektiven optischen Anschauungsbilder". Diese werden ohne zureichende Begründung aufgefaßt als eine Stufe innerhalb einer kontinuierlichen Reihe von Gedächtnisphänomenen, an deren einem Ende das physiologische Nachbild, an dem anderen Ende die Vorstellung (das bloße „Darandenken") steht. Die subjektiv-optischen Anschauungsbilder finden sich bei etwa 37% aller Jugendlichen im Alter bis zu 13 und 14 Jahren, im späteren Alter bestehen noch öfters Reste, nur wenige Erwachsene behalten die Fähigkeit. Die Arbeit findet überall schnell „Gesetze", so z. B. die Beeinflussung der Gedächtnisbilder durch Änderung der räumlichen Relation zwischen Objekt und Subjekt, ist um so größer, je tiefer seine Stufe ist (das Nachbild gilt als tiefste Stufe); die Größe des Sehbezirkes wächst mit der Höhe der Gedächtnisstufe; die Deutlichkeit des Gedächtnisbildes (Detailreichtum) nimmt ab, wenn die Gedächtnisstufe steigt. Am interessantesten sind Beobachtungen über Resultantenbildung aus subjektiv-optischen Anschauungsbildern mit Wahrnehmungen von objektiven Reizen. Jaspers.

600. Pötzl, O., Über die zentralen Vorgänge bei der Wahrnehmung der Farben. I. Über das Tyndall-Phänomen des Sehraums. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 811, 844. 1920.

Auf Grund früher mitgeteilter klinischer Erfahrungen ist der Verf. zu der Ansicht gelangt, daß es drei Farbenzentren in der erweiterten corticalen



Sehsphäre geben müsse, die beim zentralen Vorgang zusammenwirken. Elektive Störungen des Farbensinnes konnten mit der Zerstörung bestimmter Anteile der erweiterten Sehsphäre in Zusammenhang gebracht werden. Diese Auffassung, die bisher nur aus den sejunktiven Ausfallserscheinungen entnommen wurde, wird nun auch an einer Reihe andersartiger Vorgänge geprüft. Zunächst wird gezeigt, wie dieselben Farben, die in den Ausfallserscheinungen bei Hirnherden mehr oder minder gesonderten Störungen unterliegen, auch in den Halluzinationen, also in zentralen Reizerscheinungen nicht selten elektiv hervortreten. Dahin gehört z. B. die Erythropsie des Epileptikers, gelegentlich auch Cyanopsie und Xanthopsie (nach Santoninvergiftung). Besonderes Interesse verdient nun eine Form der Erythropsie bei Rindenherden, bei in Rückbildung begriffener Rindenblindheit, wo ein roter und gelber feuriger Nebel den Sehraum erfüllt. Dieser subjektive Nebel im Sehraum erscheint genau wie ein objektiv vorhandener Nebel im durchfallenden Licht. Es wird nun in geistvoller Weise die Analogie im Wesen und in der Entstehung dieser Nebel erörtert und das Tyndall-Phänomen des objektiven Nebels — Zerstreuung des Lichtes durch Teilchen, die gegenüber der Wellenlänge des Lichtes klein sind — auf den subjektiven Nebel (bildlich) übertragen. In weiterer Ausdehnung dieser Überlegungen gelangt Verf. zu dem Schluß, „daß die Vorgänge bei der Wahrnehmung der Farben und bei der Statik des Sehraumes nach dem Typus der Kolloidreaktionen gebaut sind". Allerdings handle es sich beim psychischen Tyndall-Phänomen um „virtuelle Kolloide" und „virtuelle Kolloidreaktionen".

J. Bauer (Wien).

601. Reichardt, Über den Unterricht der Medizinstudierenden in der Psychologie. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 74. 1920/21.

Für notwendig erachtet wird vor allem Unterricht in der „medizinischen Psychologie" zum Verständnis der menschlichen Seele und ihrer Reaktionen, der Suggestion, der Ausnahmezustände und Grenzzustände. Experimentelle Psychologie soll nur gelehrt werden, wenn Zeit übrig ist. Müller (Dösen).

602. Bresler, Für unsere Medizinstudierenden. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 222. 1920/21.

Eine Warnung, das Studium noch mit besonderen, von der Psychiatrie abgesonderten Vorlesungen über Psychologie zu belasten. Müller (Dösen).

603. Schmidt, Hugo, Zur Psychologie der Leistungsreihen von Binet und Simon (Bobertag). „Die Hilfsschule" **13**, 1. 1920.

Bei der Prüfung nach Binet-Simon bietet sich für den Psychologen reiches Beobachtungsmaterial. Aus der Art der Beantwortung der Fragen und ihrer Analyse, die an zahlreichen Fällen vorgeführt wird, lassen sich tiefere Einblicke in die Psyche des Schwachbegabten gewinnen. Krambach (Berlin).

604. Friederici, Zur Sprachbildung des Hilfsschülers. „Die Hilfsschule" **13**, 100. 1920.

Als wichtiges Lernmittel wird die Einprägung von Prosastudien in vorbildlichem (klassischem) Deutsch empfohlen. Krambach (Berlin).

605. Rössel, Fr., Erfahrungen aus dem Rechenunterrichte in der Schule für Kopfschußverletzte. „Die Hilfsschule" **13**, **117**. 1920.

Die schlechteste Prognose haben die Fälle, bei denen es in Verbindung



mit motorisch-aphasischen Erscheinungen zu Störungen der Zahlenvorstellungen gekommen ist, bei denen die Beherrschung der Grundrechnungsarten verlorengegangen ist. Eine günstigere Prognose haben die Störungen des Rechnens, die auf einer Herabsetzung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses beruhen. Hier ist viel durch Übung zu erreichen. In einer dritten Gruppe ist das mechanische Rechnen geläufig, aber es sind so viel Beziehungsvorstellungen ausgefallen, daß es nicht mehr gelingt, die in der Aufgabe enthaltenen Vorstellungen zu erfassen. Die Besserungserfolge bei diesen Störungen sind sehr wechselnd. Krambach (Berlin).

606. Röper, E., Leichtere geistige Störungen nach Kopfschüssen. (Die traumatisch-psychopathische Konstitution.) Neurol. Centralbl. **39**, 721. 1920.

Die Kriegsverletzungen des Gehirns führten bei dem Material, das Röper sah, nur in etwa 15—20% zur traumatischen Epilepsie, alkoholische und sexuelle Exzesse, thermische Einwirkungen, schwere körperliche Anstrengungen bildeten oft das auslösende Moment. Die Krankengeschichten eines Falls von Dipsomanie nach Hirnverletzung und die eines hirnverletzten Kollegen, bei dem es zu leichten geistigen Störungen (geistige und körperliche Insuffizienz) und vorübergehenden rezidivierenden aphasischen Störungen gekommen war, werden mitgeteilt. Bei einem Teil der Hirnverletzten kommt es zu leichteren geistigen Veränderungen, die Röper unter dem Krankheitsbegriff der traumatisch-psychopathischen Konstitution zusammenfaßt. Röper sucht an Hand einer Anzahl von Krankengeschichten das Symptomenbild zu umgrenzen, das einen Folgezustand nach schwerem Kopftrauma darstellt, bei denen es sich nicht um Epilepsie, ausgebrochene Psychose oder funktionelle Neurose handelt. Das wesentliche sind die gegen früher veränderte affektive und emotionelle Erregbarkeit, Reizbarkeit, Neigung zum Streit, Unlust und Depressionszustände, affektive Labilität, Intoleranz gegen psychische, toxische, thermische, optische und akustische Reize, gegen Alkohol und intensivere geistige und körperliche Arbeit, hinzu kommt, ohne eigentliche intellektuelle Schädigung, größere Interesselosigkeit für die Umgebung, Stumpfheit, Mangel an Initiative und eine leichte Verarmung an Gedanken. Die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit bei der traumatisch-psychopathischen Konstitution (die also keine „konstitutionelle" angeborene Erkrankung ist), ist mit 15 bis 40% zu bewerten. Nach Röpers Schätzung finden sich diese geistigen Veränderungen bei einem Viertel bis zu einem Drittel der Hirnverletzten.

Krambach (Berlin).

607. Henneberg, Zur Methodik der Intelligenzprüfung. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 581. 1920.

Da dem Legespiel, wie es O. Schultze als Intelligenztest für Erwachsene beschrieben hat, mancherlei Mängel anhaften, benutzt Henneberg bildliche Darstellungen zur Prüfung von Intelligenzleistungen mittels einer anderen Methode. „In einem gewöhnlichen blauen Aktendeckel (Größe 25 × 38) werden im vorderen Blatt in regelmäßigen Zwischenräumen aufklappbare Fenster ausgeschnitten. Auf der inneren Seite des zweiten Blattes wird ein geeignetes Bild befestigt. Nach Öffnung der Fenster erscheinen



Bruchstücke des Bildes, aus denen die Versuchsperson das Bild zu rekonstruieren hat. Die Schwierigkeit der Aufgabe hängt von der Größe der Fenster, von der Anzahl der geöffneten Fenster, von der Lage der Fenster und von der Art des Bildes ab.“ Nach Öffnung eines bzw. mehrerer Fenster wird die Versuchsperson veranlaßt, ihre Vermutungen über das Bild zu äußern. Von großer Wichtigkeit ist die Auswahl der Bilder; für leichte Prüfungen, z. B. Kinder, Ungebildete, Schwachsinnige, einfache Tierbilder usw., für schwerere Prüfungen kompliziertere Darstellungen. „Die Prüfung verlangt, daß ein sinnvolles Ganzes aus auseinanderliegenden Teilen erschlossen wird, dies erfordert produktive und kombinatorische Tätigkeit, gleichzeitig Sinn für das Wesentliche, Zusammenhängende und Wahrscheinliche, also Urteilsfähigkeit. Schob (Dresden).

608. Schilder, P., Über Identifizierung auf Grund der Analyse eines Falles von Homosexualität. Ein Beitrag zur Frage des Aufbaus der Persönlichkeit. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **59**, 217. 1920.

Die Identifizierung besteht darin, daß sich das Individuum Personen der wirklichen oder phantasierten Umwelt gleichsetzt und diese Gleichsetzung in Symptomen — seien es Handlungen oder Phantasien — zum Ausdruck bringt. Es spielt eine Rolle, bereichert sich durch fremde Erlebnisstücke, ohne von dem Vorgang Kenntnis zu haben. — Die Verdichtungen anderer Personen unter sich, aber nicht mit dem verdichtenden Individuum, werden von Schilder nicht, wie sonst in der psychoanalytischen Literatur, in den Begriff der Identifizierung hereingenommen. — Ein 37 jähriger energischer Mann in leitender Stellung hat sexuelles Interesse an 12—15 jährigen Knaben; er spricht sie an, läßt sich erzählen, daß sie in der Schule gestraft oder in Verlegenheit gebracht werden. Er hat den Wunsch, sie an Ohren oder Haaren zu ziehen. Er denkt sich in der Phantasie, wie er Knaben zu sich ins Haus nimmt und sie erzieht. Alle solche Dinge verursachen ihm Erektionen. Seine Zuneigung zu Frauen ist nicht intensiv, seine Kenntnis in sexuellen Dingen erstaunlich gering. — Der Fall erfährt folgende, im einzelnen begründete Deutung: Patient hat gegenüber den Knaben, die er liebt, den Instinkt der Mutter; seine Phantasien, die Knaben zu schlagen, an den Ohren zu ziehen, die Freude an ihrer Beschämung werden daraus verständlich, daß er von seiner Mutter als Knabe ähnliche Behandlung erfuhr und dabei Erektionen hatte. Er hat, wie bei sich selbst, das Gefühl, daß die Knaben anhänglicher werden, wenn man sie schlägt. Er macht sich zur Mutter und zugleich die Knaben zu Bildern seiner eigenen Vergangenheit. — Eine Reihe von anregenden Gedanken und Beobachtungen gruppieren sich lose um diesen Kern der Abhandlung. Kretschmer (Tübingen).

609. Langelüddeke, A., Die Schwankungen der Arbeitskurve bei Normalen und Gehirnverletzten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 216. 1920.

Versuche mit fortlaufendem Addieren. Die Kurvenschwankungen setzen sich zusammen aus: a) der Anfangssteigung, der eine maximale, kurzdauernde Anspannung des Willens und der Aufmerksamkeit zugrunde liegt; b) den Ermüdungssenkungen und -steigungen, die durch wechselnde Spannung des Willens hervorgerufen werden; erst sekundär treten Auf-



merksamkeitsveränderungen hinzu; c) den Störungssenkungen und -steigungen, die durch Aufmerksamkeitswanderungen, erst sekundär durch Schwankungen in der Willensspannung bedingt werden, und d) der Schlußsteigung, die ihrem Wesen nach der Anfangssteigerung ähnelt. Als Resultat weiterer Berechnungen ergibt sich, daß die Größe der Kurvenschwankungen annähernd umgekehrt proportional ist dem Quadrat der absoluten Leistung. — Die Leistungsfähigkeit der Gehirnverletzten war Gesunden gegenüber erheblich herabgesetzt. Die Kurvenschwankungen waren bei einem Teil der Gehirnverletzten vergrößert, bei einem andern Teil verkleinert; bei den psychogen komplizierten Fällen waren sie in 40% der Fälle verkleinert, in keinem Fall vergrößert. Vergrößerte Kurvenschwankungen fanden sich meist bei den großen Leistungen, verkleinerte fielen fast immer mit abnorm geringen Leistungen zusammen. Die Hirnverletzten mit geringer Leistung und mit abnorm kleinen Kurvenschwankungen waren zum überwiegenden Teil Stirnhirnverletzte. Von sämtlichen Stirnhirnverletzten zeigten 48% zu geringe Schwankungen, von allen andern Hirnverletzten dagegen nur 15,5%. Die Ursache der abnorm geringen Schwankungen ist in einer psychischen Hemmung zu suchen, die kräftigere Willensanspannung nicht zuläßt, und durch welche die Ablenkbarkeit vermindert ist. Als Ursache für die vergrößerten Kurvenschwankungen sind erhöhte Ermüdbarkeit und gesteigerte Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit anzusehen. Ein prinzipieller Unterschied zwischen reinen und psychogen komplizierten Hirnverletzungen bestand bezüglich der Schwankungen nicht. Kretschmer (Tübingen).

610. Kollarits, J., Unterbrechungs- und Abbrechungsgefühle bei nervösen und nichtnervösen Menschen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 255. 1920.

Es wird der subjektive psychologische Tatbestand studiert, wenn angefangene psychische Reihen, eine Handlung, ein Stück Melodie plötzlich unterbrochen werden: einfache Unlustgefühle sowohl wie neurotische Reaktionen. Ein neurasthenischer Maler bekommt nachher Erregungszustände, wenn ihm seine Arbeit durch die Mahlzeit unterbrochen wurde. Die Psychologie des Coitus interruptus bei nervösen Menschen gehört in dieselbe Reihe, ebenso das, was man Erwartungsneurose nennt. Die abgebrochene Handlung kann unmotiviert in einer ganz andersartigen neuen Handlung sich weiter auswirken. Ein nervenschwacher Mann bekommt mit einem Freunde Streit und will ihn fordern; durch dessen Abbitte bricht die Erregung plötzlich ab; sofort begibt er sich zu den Eltern eines geliebten Mädchens, um zum drittenmal um deren Hand anzuhalten. — Die Wirkung des Abbrechens ist je nach dem Stadium, in dem es eintritt, verschieden, im Spannungsstadium ist es unlustbetonter als im Lösungsstadium. Ein Ritardando im ansteigenden Teil eines musikalischen Motivs wird schlecht vertragen. Kretschmer (Tübingen).

611. Bohrisch, Albert, Die heilpädagogische Behandlung sprachgestörter Kopfschußverletzter an ausgewählten Unterrichtsbeispielen dargestellt. „Die Hilfsschule" **12**, 264. 1919.

Arbeit von vorwiegend heilpädagogischem Interesse. An dem mitgeteilten Beispiel (einem Fall von motorisch-sensorischer Aphasie mit teil-



weiser Alexie und Agraphie nebst erheblicher Schwächung des Gedächtnisses und des Denkvermögens) werden die Übungen des Sprechmechanismus (Atmungs-, Stimm- und Artikulationsübungen), Übungen des Linksschreibens, des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit, des Kombinationsvermögens, zur Schulung des Urteilsvermögens erläutert. Krambach (Berlin).

612. Theodoridis, Ch., Sexuelles Fühlen und Werten. Ein Beitrag zur Völkerpsychologie. Archiv f. ges. Psychol. **49**, H. 1 und 2. S. 1—88. 1920.

Verf. stellt die These auf, daß zu allen Zeiten und bei allen Völkern der Mensch sich seines Geschlechtstriebes geschämt habe und daß die Geschlechtsliebe ein Gegenstand des Abscheus gewesen sei. Er sucht diese Behauptung psychologisch zu begründen: ihr läge ein nicht weiter zurückführbares primäres Werterlebnis zugrunde, welches die Begleiterscheinung des männlichen Sexualverhaltens sei. Mit großer Belesenheit sucht Verf. aus den archaisch-primitiven Religionen, der Kirchen- und Rechtsgeschichte usw. bei verschiedenen Völkern Belege für diese Ansicht. Die ethnologischen Beobachtungen, welche auf einen Mangel sexuellen Schamgefühls oder auf Unkenntnis des Zusammenhangs zwischen Geschlechtsakt und Schwangerschaft bei Naturvölkern hinweisen, erklärt er ohne weitere Prüfung für Irrtümer und psychologische Unmöglichkeiten. Sexuelles Schamgefühl findet er schon bei den weiblichen Säugetieren und Vögeln. Die Arbeit ist interessant, aber sehr anfechtbar. Kronfeld (Berlin).

613. Carrie, W., Stotternde Schulkinder. „Die Hilfsschule" **12**, 501. 1919.

Pädagogischer Aufsatz, der für die möglichst frühzeitige Behandlung der Stotterer in Sonderklassen eintritt. Interessant ist die Mitteilung einer Amsterdamer Statistik von 1910, nach der sich unter den 6 Jahre alten Schülern 6,36%, unter den 11 jährigen Schülern 17,22% Stotterer befanden. Krambach (Berlin).

614. Fuchs, Walter, Psychiatrische Neuorientierung. Experimental-Psychologie, Phänomenologie, Vitalreihenpsychiatrie. Neurol. Centralbl. **39**, 786.

Angesichts der vielfachen phänomenologischen Bestrebungen in der gegenwärtigen Psychiatrie, welche Fuchs kritisch würdigt, verweist er auf eine seit 1907 von ihm ausgearbeitete psychologisch-analytische Fragebogenmethode, bei welcher die Einflüsse von Erlebnissen und Leistungen auf vier pathopsychologisch besonders bedeutsame Komponenten der Individualität registriert werden: die reflektorischen und Instinktvorgänge, die apperzeptiven Vorgänge, die affektiven Reaktionen und die somatophysiologischen Reaktionen. Die Ergebnisse dieser Analyse seien „strukturanalytisch" bedeutsam, insofern habituelle Besonderheiten in einer dieser vier Komponenten als Frühsymptome auftreten könnten. In systematischer Hinsicht ließe sich feststellen, ob durch Geistesstörung die Individualität verschärft, zerstört oder nicht berührt würde. Biologisch ließe sich diese Methode in Beziehung bringen zu den Avenariusschen Vitalreihen, da Konstitution und Charakterentwicklung sich den Gesichtspunkten der Vitalreihe auf der gleichen Ebene einordnen ließen wie situative Einwirkungen, psychotische Prozeßvorgänge und Endzustände. Aus der Exploration der Kranken ließe sich durch einen Ductus psychisch wirksamer



Reizfragen und Bedingungen eine psychologische Provokationsmethode herausbilden, die geeignet sei, das Material jener Analyse zu erweitern. Kronfeld (Berlin).

615. Galant, S., Mnemelehre, infantile Amnesie, Unbewußtes. Neurol. Centralbl. **39**, 798.

Semon hatte gegen Freuds infantile Amnesie eingewendet, sie beruhe nicht auf Verdrängung, sondern auf der an sich geringeren engraphischen Empfänglichkeit des ersten Kindheitsstadiums. Dem gegenüber betont Verf. die bekannte Tatsache, daß bei seniler Abnahme der Reproduktion frühere Erinnerungen leichter reproduzibel sind als spätere. Die Ursache hierfür sucht er in einem Gesetz der Involution der Mneme, wonach die engraphische Empfänglichkeit mit der Zunahme der Engramme proportional abnehme. Danach ist sie beim Kinde am größten. Mit Recht weist er darauf hin, daß physiologische Konzeptionen wie die Mnemelehre unzulänglich sind, rein psychologische Zusammenhänge, wie diejenigen, die Freud bearbeitet, zu erklären. Er behauptet freilich, Freud entscheidend widerlegt zu haben, ohne daß aber aus seinen Ausführungen ersichtlich ist, worin er sich denn nun — vom Oedipuskomplex abgesehen — grundsätzlich von Freud unterscheidet. Freuds Definition des Unbewußten, gegen die er sich ohne triftige Argumente wendet, ist psychologisch weit haltbarer als Galants eigene Erklärung, das Unbewußte sei definiert als „die Wandlungen und Entäußerungen der Sexualität“. Neu ist Galants Entdeckung, daß die Angst vor Mäusen bei Frauen auf der Furcht vor dem Verrat des Geliebten beruhe. Kronfeld (Berlin).

IV. Allgemeine neurologische Diagnostik und Symptomatologie.

616. Pappenheim, M., Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva. Ver. f. Neurol. u. Psych. in Wien, 9. Dez. 1919. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 894. 1920.

Das Leiden soll nach achtmonatigem Felddienst entstanden sein. Außer einer Atrophie der rechten Wange, die blässer ist und weniger schwitzt, finden sich weder Atrophien noch Sensibilitätsstörungen oder Druckpunkte. Ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Felddienst besteht nicht.

J. Bauer (Wien).

617. Brouwer, B., Tromoparalysis tabioformis (cum dementia). Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 963. 1920.

Auffassung des Falles nicht als Kombination von Paralysis agitans und Tabes, sondern als ein besonderes Leiden infolge Lues cerebri mit eigentümlicher Lokalisation. van der Torren (Castricum).

618. de Kock, P. J., und C. Bonne, Pellagra in Surinam. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 965. 1920.

Einige Fälle. Keine Maisnahrung. van der Torren (Castricum).

619. Rümke, H. C., Über extrapyramidale Bewegungsstörungen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 972. 1920.

Besprechung der heutigen Auffassungen. van der Torren (Castricum).



620. Schippers, J. C., Über Tremor bei Kindern. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 983. 1920.

Ein Fall von essentiellem, familiärem, hereditärem Tremor; zwei Fälle sog. akuten cerebralen Tremors bei akuter Pneumonie; zwei Fälle, wobei der Tremor das Frühsymptom einer Meningitis darstellte. van der Torren.

621. Klessens, J. J. H. M., Doppelseitige Lähmung des Plexus femoralis mit Hautveränderungen wie bei der Addisonschen Krankheit infolge einer Geschwulst in der Bauchhöhle. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 787. 1920.

50jährige-Frau. Exitus. Keine Obduktion. Die Geschwulst soll die Nebennieren alteriert haben, primär oder sekundär, per contiguitatem oder durch Metastasen. Überdies Zerstörung der Nervenstämme in der Nähe des Promontoriums. Verf. weist weiter hin auf die Folgen einer Nebennierenläsion (Syndrôme génito-surrénale der Franzosen) in der Fötalperiode, dem Kindesalter, dem Alter kurz vor der Geschlechtsreife, dem Alter der Geschlechtsreife und dem Klimakterium (fötale, infantile, präpuerale, juvenile und klimakterische Form). In letzterem Fall, wie bei der Patientin, zeigt das Leiden keinen Einfluß auf Geschlechtsapparat und sekundäre Geschlechtsfunktionen. van der Torren (Castricum).

622. Grafe, E., Zur Kenntnis der Adipositas dolorosa. Münch. med. Wochenschr. **67**, 339. 1920.

Mitteilung eines Falles, der in das Gebiet der Adipositas dolorosa zu gehören scheint, jedoch erhebliche Abweichungen vom klassischen Bilde bietet: Beginn der Erkrankung mit 14 Jahren, der Schmerzen mit 16 Jahren, Druckschmerz fehlt fast ganz, spontane Schmerzen stehen im Vordergrund und treten meist periodisch auf. Die Schmerzattacken erklärt Grafe mit vermehrt einsetzender Wasseransammlung im Fettgewebe. Die periodisch starke Neigung zu starken, nie zu Ödemen führenden Wasserretentionen zeichnet diesen Fall besonders aus. R. Hirschfeld (Berlin).

623. Müller, M., Sehstörungen im Anschluß an heiße Bäder. Münch. med. Wochenschr. **67**, 751. 1920.

Bei zwei bejahrten Frauen traten im Anschluß an heiße Bäder Sehstörungen auf, als deren Ursache eine interkranielle Blutung anzusehen war. Die Krankengeschichten sind nur sehr summarisch wiedergegeben. R. Hirschfeld (Berlin).

624. Foerster, Alfons, Diabetes insipidus im Anschluß an Meningitis serosa. Münch. med. Wochenschr. **67**, 694. 1920.

Im Anschluß an eine Nasenhöhlenerkrankung trat eine Meningitis serosa auf; nach Abklingen des Fiebers stellte sich ein Diabetes insipidus ein, der durch subcutane Applikation von Hypophysenhinterlappenextrakten vorübergehend beeinflußt wurde, und zwar war von diesen Extrakten das Pituitrin am wirksamsten. R. Hirschfeld (Berlin).

625. Bolten, G. C., Einiges über die Pathogenese und Therapie der Trigeminusneuralgie. Med. Weekblad **27**, 361. 1920.

Weist hin auf die guten Folgen der Arsonvalisation in mittelschweren Fällen. van der Torren (Castricum).



626. Stenvers, H. W., Über die Diagnose der Brückenwinkelgeschwülste. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 1871. 1920.

Bespricht die Schwierigkeiten der differentiellen psychiatrisch-neurologischen Diagnostik, auch der extrakraniellen Tumoren und befürwortet die Anfertigung von X-Photos des Felsenbeins zur Kontrolle der klinischen Diagnose. van der Torren (Castricum).

627. de Stella, H., Ein Fall von Hypophysengeschwulst. Vlaamsch geneesk. Tijdschr. **1**, 448. 1920.

Symptome von seiten der Augennerven, Dystrophia adiposo-genitalis, kombiniert mit Exophthalmus, Frequenz des Pulses >100, Schwellung der Schilddrüse. Im Anfang gute Wirkung von Schilddrüse- und Hypophysetabletten. van der Torren (Castricum).

628. Blühdorn (Göttingen), **Die klinische Bedeutung des Facialisphänomens im Säuglings- und Kindesalter.** Med. Klin. **43**, 1099. 1920.

Dem Facialisphänomen wird eine große pathognomonische Bedeutung für die Spasmophilie zugeschrieben. Unter den spasmophilen Latenzsymptomen ist das Facialisphänomen verglichen mit der elektrischen Übererregbarkeit als das persistentere anzusehen. Verf. sucht auf Grund seiner Untersuchungen an Hand des Phänomens Beziehungen der Spasmophilie zur Epilepsie und Narkolepsie aufzuweisen. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

629. Seuffer, E. (Rostock), **Die Stellung des Stimmbandes bei Recurrenslähmung.** Med. Klin. **41**, 1057. 1920.

Die eigentümliche Tatsache, daß nach eingetretener echter Recurrenslähmung eine klanghaltige Sprache wieder auftreten kann, erklärt Verf. durch Ausbildung einer antagonistischen Muskelaktion. Gegenüber einer Überadduction des Stimmbandes der nicht gelähmten Seite treten die Musculi interarytaenoidei obliqui und transversi, die für gewöhnlich den Aryknorpel fixieren und die nicht vom Recurrens versorgt werden, in Tätigkeit. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

630. Mezei, Karl, Beitrag zum Zusammenhang zwischen Herpes zoster und Arsen. Münch. Med. Wochenschr. **67**, 844. 1920.

Mezei berichtet über eine Patientin, die 2 mal, stets im Anschluß an eine Arsenkur, zuerst einen starken Herpes zoster lumbo-inguinalis, bei der 2. Kur nach Monaten einen Herpes zoster, der dem Verlauf des Radialis folgte, erlitten hat. Mezei führt die Erkrankungen auf einen Zusammenhang mit der Arsenmedikation zurück. R. Hirschfeld (Charlottenburg).

631. Plate, Erich, Über ausstrahlende Schulterschmerzen. Münch. med. Wochenschr. **67**, 313. 1920.

Plate findet häufig die Ursache ausstrahlender Schulterschmerzen in periartikulären Schmerzpunkten, welche er in allen seinen Fällen in größerer oder geringerer Zahl festgestellt hat. Er ordnet die Erkrankung in das Gebiet der myalgischen Affektionen ein. Nach Beseitigung der Schmerzpunkte verschwinden auch die ausstrahlenden Schmerzen. R. Hirschfeld.

632. Gerhard, D., Über das Verhalten der Kniebeuger bei der Ischiadicuslähmung. Neurol. Centralbl. **39**, 322. 1920.

Gerhard berichtet über einen Fall, wo eine umschriebene subakute Pachymeningitis lumbalis durch Druck auf Wurzeln und Rückenmark

stärkste Lähmung der Beine mit Verlust aller anderen Reflexe außer der in den Oberschenkelbeugern (und Adductoren) sich abspielenden zur Folge hatte. Der Fall bestätigt die früheren Beobachtungen Gerhards, insofern bei Lähmung des ganzen Ischiadicusgebiets die reflektorische Erregbarkeit an den Peroneus- und Tibialismuskeln erloschen, in der widerstandsfähigeren Bicepsgruppe aber erhalten war. R. Hirschfeld (Berlin).

633. Foerster, A., Über Paraplegia urinaria. Münch. med. Wochenschr. **67**, 784. 1920.

Mitteilungen dreier Fälle, bei denen sich bei Blasenentzündungen paraplegieähnliche Zustände entwickelten, die nach mehr oder weniger schwerem Verlauf mit Abklingen der Blasenaffektion wieder verschwanden.
R. Hirschfeld (Berlin).

634. Gruenewald, E. A., Ein Beitrag zur Frage der familiären infantilen spastischen Spinalparalyse. Journ. f. Psychol. u. Neurol. **26**, H. **1** u. 2, S. 3. 1920.

Bei zwei Brüdern einer Familie tritt in der frühen Kindheit ohne äußere Ursache mit denselben Symptomen und mit identischem Verlauf ein Krankheitsbild auf, dessen Hauptsymptome spastischer Gang mit leichter Ermüdbarkeit, Rigidität der Beinmuskulatur und bis zum Klonus gesteigerter Sehnenreflexe der unteren Extremitäten sind. In derselben Form ist das Leiden bereits durch vier Generationen in den Aszendenz verfolgbar. Wegen dieser Feststellung ist die Mitteilung wertvoll. Nach dem klinischen Verlauf glaubt Gruenewald annehmen zu dürfen, daß das anatomische Substrat bei seinen Fällen in einer rein spinal lokalisierten Pyramidenaffektion zu suchen ist.
Max Bielschowsky (Berlin).

635. Meyer, Wilhelm, Zum Kapitel der traumatischen Pseudotabes. Journ. f. Psychol. u. Neurol. **25**, H. 4, S. 170. 1920.

Der Verf. teilt die ausführliche Katamnese eines Falles mit, den er vor 6 Jahren mit der Diagnose traumatische Tabes publiziert hatte. Diese Diagnose ist im weiteren Verlauf der Erkrankung recht zweifelhaft geworden. Im wesentlichen bietet der Kranke jetzt die Symptome einer psychischen Debilität in Verbindung mit einer myotonischen Reaktion der Pupillen und Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe. Der Verf. meint, daß dem Zustand eine Meningitis serosa mit diffusen zentralen kleinsten Schädigungen zugrunde liege. Der Symptomenkomplex sei kein seltener und in allen einschlägigen Fällen ein so ähnlicher, daß man sie unter dem Namen „Pseudotabes“ nach Hirntrauma mit psychischen Veränderungen im Sinne der traumatischen Hirnschwäche zusammenfassen dürfe. Max Bielschowsky.

636. Stiefler, Georg, Feldärztliche Beobachtungen über organische Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **61**, 174. 1920.

Die Arbeit bringt eine Übersicht über die während eines 4jährigen Felddienstes an der russischen Front gesammelten Erfahrungen der organischen nichttraumatischen Nervenkrankheiten. Auf Grund seiner Wahrnehmungen vertritt Verf. die Ansicht, daß eine beträchtliche Frequenzsteigerung der betreffenden Erkrankungen im Kriege — vielleicht mit Ausnahme der der peripheren Nerven bzw. der neuritischen Affek-



tionen — nicht stattgefunden hat, fügt aber hinzu, daß wir gewiß nicht den Einfluß von Kriegsstrapazen auf Entwicklung und Verlauf organischer Nervenkrankheiten unterschätzen oder gar verneinen dürfen. In 47% des Gesamtmaterials (28 Fälle) handelte es sich um Tabes dorsalis, bei der nach Ansicht des Verf. die Schädigungen des eigentlichen Felddienstes geeignet sind, eine bestehende Erkrankung wesentlich zu verschlimmern und das Manifestwerden zu beschleunigen. Auch bei der Lues cerebrospinalis können nach seiner Meinung körperliche Anstrengungen, Erkältung und Trauma im gleichen Sinne wirken. Eine Verkürzung der Inkubationszeit oder Eigentümlichkeiten im klinischen Bilde konnten nicht beobachtet werden. Ähnliche Ergebnisse zeitigten die Besprechungen der Fälle von multipler Sklerose und Syringomyelie. Manfred Goldstein.

637. Auerbach, Siegmund, Die Differentialdiagnose zwischen Tumor im Bereiche des Rückenmarks, Meningitis serosa circumscripta spinalis und Caries der Wirbelsäule. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60,** 1.

Alle von Horsley und anderen Autoren angegebenen Symptome, welche die Meningitis serosa circumscripta vom Rückenmarkstumor zu unterscheiden gestatten sollen — daß sich bei ersterer die initialen Schmerzen über ein größeres Gebiet erstrecken, daß die hyperästhetische Zone oberhalb der anästhetischen eine viel größere Ausdehnung habe, daß in den caudal von der Erkrankung gelegenen Körpergebieten nie totale Anästhesie, sondern nur Hypästheie bestehe, ferner das Schwanken der Symptome, das Kompressionssyndrom im Liquor, die Ätiologie (Trauma, Tuberkulose, Gonorrhöe) — sind jedes für sich allein nicht beweisend. Daher wurde die Diagnose auf M. s. c. bisher vor der Biopsie oder Obduktion nicht gestellt. Verf. teilt einen Fall mit, wo 4 der genannten Symptome in der Richtung der M. s. c. sprechen bei einem früher tuberkulösen Patienten, so daß er sich hier zu der Diagnose auf M. s. c. gedrängt sieht. — Auch die Unterscheidung der Spondylitis tuberculosa von vertebralen und intravertebralen Tumoren sowie von der M. s. c. ist häufig schwieriger als man annehmen möchte. Erst, wenn es gelingt, durch Röntgenuntersuchung die Anfänge der Wirbelcaries nachzuweisen, werden wir mit dieser Differentialdiagnose weiterkommen. Fr. Wohlwill (Hamburg).

638. Gierlich, Nic., Über die Beziehungen des Prädilektionstyps der hemiplegischen Lähmung zur phylogenetischen Entwicklung der Pyramidenbahnen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60,** 59.

Die Pyramidenbahn tritt in der Entwicklungsgeschichte zuerst bei den Insektenfressern auf, um sich dann bis zum Menschen immer mächtiger zu entwickeln. Sie vermittelt in der ganzen Tierreihe die intendierten Einzelbewegungen, welche durchweg nach Zerstörung der motorischen Rindenzentren fortfallen, während von den „Prinzipalbewegungen", wie Gehen, Laufen, Atmen, Schlucken usw., die der Lokomotion dienenden im Aufstieg der Säugetierreihe infolge der genannten Operation in steigendem Maße Einbuße leiden. Auch der beim Menschen nach Zerstörung der Py-Bahn verbleibende Rest an Bewegungen kann nur ins Gebiet der Prinzipalbewegungen gehören, Bewegungen,



die allerdings für den Menschen keine, wohl aber für seine im Verhältnis zur Länge der Entwicklung vor verhältnismäßig kurzer Zeit lebenden Vorfahren große Bedeutung hatten; und zwar handelt es sich nach Ansicht des Verf. um Reste des „Fluchtsprungs", der Karriere. Dieser verläuft in 2 Phasen, in der ersten werden die vorderen Extremitäten verlängert, die hinteren verkürzt, in der zweiten Phase erfolgt das Umgekehrte: dadurch Vorwärtsschleudern des Körpers. Die bei der Hemiplegie mit Wernicke-Mannschen Typus verbleibenden Bewegungen entsprechen der zweiten Phase des Fluchtsprungs; die der ersten dienenden Bewegungen erholen sich nicht, da sie als die lebenswichtigsten bei den Affen mit Verkümmerung der subcorticalen Zentren völlig zu den motorischen Rindenzentren abgewandert sind und deshalb mit allen von diesen ausgehenden Einzelbewegungen in Fortfall kommen. Viele Ausnahmen und individuelle Verschiedenheiten erklären sich dadurch, daß es sich hier um etwas in vielen Millionen Jahren Gewordenes und heute noch in Entwicklung Begriffenes handelt. Die Umkehrung des Prädilektionstyps bei der Säuglingshemiplegie erklärt Verf. so, daß bei Erzeugen der Lähmung zu einer Zeit, wo die Py-Bahn noch nicht voll ausgebildet ist, auch die Abwanderung der Bewegungsimpulse von den subcorticalen Zentren noch nicht erfolgt war. Warum dann allerdings gerade „die Synergismen der ersten Phase des Fluchtsprungs nach Ausfall der Py-Bahn das Übergewicht gewinnen", das erklärt der Verf. nicht weiter. Eigentlich sollte man bei dieser Auffassung doch eine gleichmäßige Wiederherstellung der beiden Phasen dienenden Bewegungen erwarten. Fr. Wohlwill.

639. Falta, W., Ein Fall von Semiirritatio vegetativa. Ver. f. Neurol. u. Psych. in Wien, 9. XII. 1919. Wien. klin Wochenschr. **33**, 893. 1920.

Die 42jährige Patientin zeigt Herabsetzung der Körpertemperatur auf der linken Seite, daselbst umgekehrter Hornerscher Symptomenkomplex, vermehrte Schweiß-, Tränen- und Speichelsekretion, Kopfschmerzen im linken Hinterhaupt, zeitweise Vaguserscheinungen (Bradykardie, Erbrechen). Anfälle von paroxysmaler Tachykardie, Drehschwindel von links nach rechts, leichte Ataxie der linken oberen Extremität, Andeutung von Babinski. Der Symptomenkomplex kann erklärt werden durch einen Herd im linken Deitersschen Kern, der einen Reiz auf die vegetativen Bahnen, die dort liegenden Kerne der Speichel- und Tränendrüsen und den dor alen Vaguskern ausübt und die Kleinhirnbahnen schädigt. Die vegetativen Bahnen für Stamm und Extremitäten müßten entgegen den Angaben der Literatur nach ihrer Kreuzung getroffen sein.

Aussprache: Karplus denkt an Lähmungserscheinungen des linken und Reizerscheinungen des rechten Halssympathicus.

Pappenheim berichtet über vasomotorische Störungen bei einem Fall von akuter Bulbärparalyse.

Fremel konnte links durch Calorisieren keinen Nystagmus, aber typische Zeigereaktion auslösen. J. Bauer (Wien).

640. Pichler, H., Ein Fall von plötzlich einsetzender Lähmung der Kaumuskeln. Ver. f. Neurol. u. Psych. in Wien, 9. XII. 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 893. 1920.

Bei einem Patienten, der zuerst Zahnschmerzen hatte, die nach Ex-



traktion zweier Zähne schwanden, traten hierauf unter Fiebererscheinungen Schmerzen in der rechten Schulter, im Knie und beiden Ellbogen auf, desgleichen Schmerzen in den Kiefergelenken. Es entwickelte sich eine Lähmung der beiderseitigen Kaumuskeln, die elektrisch bei mittlerer Stromstärke nicht ansprechbar sind. Ätiologisch weist der Fall, da auch eine Lähmung des Mundfacialis besteht, auf eine nucleäre Erkrankung, eine Polioencephalitis hin.

Aussprache: Schilder denkt mit Rücksicht auf das regellose Betroffensein einzelner Muskeln aus dem Facialisgebiet an eine Neuritis der motorischen Nervenendigungen, die durch ein lokal wirkendes Toxin geschädigt wurden.

Marburg betont die alleinige Affektion des motorischen Trigeminus und Facialis, die gegen eine Neuritis spricht und neigt der Auffassung einer Polioencephalitis zu.

Stransky zieht eine myositische Affektion in Erwägung, die Schüller wegen der Entartungsreaktion ausschließt.

Pichler hält die Erkrankung nicht für eine Muskel-, sondern eine Nervenläsion. J. Bauer (Wien).

641. Erben, S., Bulbäre Herderkrankung. Ver. f. Neurol. u. Psych. in Wien, 8. Mai 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 975. 1920.

Der seit 6 Jahren erkrankte Patient weist eine rechtsseitige Recurrenslähmung, Atonie des weichen Gaumens, Anästhesie der rechten Cornea, Sensibilitätsstörung der rechten Gesichts- und Rumpfhälfte auf. Spastische Gangstörung ohne Reflexsteigerung. Gelenkunruhe. Die Krankheit wird in ein tiefes Niveau der Medulla oblongata verlegt (vor der Kreuzung der Fibrae arcuatae internae). Der Herd substituiert teilweise den Nucleus ambiguus, trifft die aufsteigenden Wurzeln des Trigeminus und reicht nach oben nicht bis zum Abducenskern, der von einem zweiten Herd substituiert ist. Es handelt sich um einen Solitärtuberkel oder Gefäßverschluß. J. Bauer.

642. Spiegel, E., Zur Anatomie und Pathologie des vegetativen Nervensystems. Ver. f. Neurol. u. Psych. in Wien, 8. Mai 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 975. 1920.

Es besteht ein morphologischer Antagonismus zwischen den Ganglien des thorakalen und des kranialen autonomen Systems, welcher sich vor allem darin zeigt, daß die ersteren sehr starke, die letzteren fast keine oder nur geringe Pigmentation im höheren Lebensalter oder bei kachektischen Zuständen zeigen. — Der Morbus Basedowii kann durch primäre Veränderungen der Thyreoidea, aber auch durch Störungen ihrer nervösen oder chemischen Regulation bedingt sein. Für letztere Annahme spricht der in zwei Fällen erhobene Befund entzündlicher Veränderungen im Halssympathicus, ein Befund, der natürlich nicht verallgemeinert werden darf.

J. Bauer (Wien).

643. Decastello, A., Zur Symptomatologie des Durchbruchs von Beckenabscessen in den Wirbelkanal. Wien. med. Wochenschr. **70**, 1488 u. 1918. 1920.

An Hand eines Falles von idopathischem Psoasabsceß als Ausgangspunkt einer Cerebrospinalmeningitis und eines Falles von Absceß bei Prostatatuberkulose mit Durchbruch in den Epiduralraum sowie unter Berücksichtigung von 5 Fällen aus der Literatur wird die Symptomatologie und



Diagnose von Beckenabscessen mit Durchbruch in den Wirbelkanal besprochen. J. Bauer (Wien).

644. Gerstmann und Schilder, Ein unklarer der Paralysis agitans ähnlicher Fall. Ver. f. Neurol. u. Psych. in Wien, 24. Februar 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 915. 1920.

Die 30jährige Patientin mit dem Aussehen einer Paralysis agitans unterscheidet sich von dieser durch eine exzessive Tonussteigerung nach wiederholten passiven Bewegungen sowie durch das Fehlen einer Fixierung passiv gegebener Stellungen durch den Hypertonus. Wassermann im Blut und Liquor negativ. Leber intakt. Eine Diagnose der seit einigen Monaten bestehenden progredienten Erkrankung wird nicht gestellt. J. Bauer.

645. Redlich, E., Ein Fall von Myoclonusepilepsie. Ver. f. Neurol. u. Psych. in Wien, 9. März 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 935. 1920.

Der Anfang der Erkrankung fällt ins 8. Jahr. Nach einem Schädeltrauma Auftreten nächtlicher Zuckungen unter Bewußtseinsverlust. Jetzt auch oft bei Tage Übergehen von Zuckungen in einen epileptischen Anfall mit Bewußtlosigkeit und Pupillenstarre. Nach dem Anfall beiderseits Babinski. Psychische Erregungen verstärken die Zuckungen. Im Gegensatz zu den Fällen von Lundborg - Unverricht ist hier ein Fehlen der Heredität und das frühere Auftreten der Zuckungen vor den epileptischen Anfällen hervorzuheben. J. Bauer (Wien).

646. Spitzer, E., Herpes zoster sacroischiadicus genitalis. Ges. d. Ärzte in Wien, 15. Oktober 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 954. 1920.

Die Bläschengruppen sitzen an der Haut des Penisschaftes rechts, des rechten Hodens, rückwärts in der rechten Glutäofemoralfalte und ad anum. Die Lokalisation betrifft die Verzweigung des zweiten und dritten Sakralnerven. Die strenge Halbseitigkeit, das Gebundensein an ein bestimmtes Nervengebiet und die neuralgischen Schmerzen kommen differentialdiagnostisch gegenüber einem Herpes genitalis simplex in Betracht. J. Bauer.

647. Löwy, P., Über die Beziehungen des Baranyschen Zeigeversuches zur Psyche, zum Cortex und zu den subcorticalen Zentren. Ver. f. Neurol. u. Psych. in Wien, 13. April 1920. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 956. 1920.

Die gemeinsam mit Leidler angestellten Versuche ergeben, daß die durch Suggestion einer Richtungsvorstellung hervorgerufene Reaktionsbewegung keine rein labyrinthäre resp. cerebelläre subcorticale ist. Sie kann vor jedem Schwindel- oder Richtungsempfinden auftreten und ist nicht an sie gebunden. Diese Reaktionen, für die der Name „motoideogene Richtungsreaktion“ vorgeschlagen wird, werden in zwei Gruppen eingeteilt. Die primären umfassen die Reaktionen, die im Sinne der Richtungsvorstellung ablaufen, die sekundären die entgegengesetzt der Richtungsvorstellung ablaufenden. Letztere werden durch sekundäre Eigendrehvorstellungen oder kompensatorische Gegenbewegung verursacht. Die sekundäre motoideogene Richtungsreaktion ist pseudocerebellär, pseudosubcortical. Sie untersteht der Beherrschung durch die Psyche resp. den Cortex. Bei vasomotorischer Reizung ist ein echter cerebellärer Typus, angeregt durch Suggestion, denkbar. J. Bauer (Wien).



648. Kerl, W., Über Polyneuritis syphilitica. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 921. 1920.

Es handelt sich um eine vor Ausbruch eines luetischen Erstlingsexanthems auftretende Nervenlähmung der rechten oberen und unteren Extremität und des rechten Facialis in allen Ästen. Da die Polyneuritis gleichzeitig mit der luetischen Eruption auftrat, ist sie als sicher spezifisch anzusehen. Es dürfte sich in diesem Falle nicht um ein spezielles Virus, sondern um ein von Haus aus minderwertiges Nervensystem handeln, das als Locus minoris resistentiae die Ansiedlung von Spirochäten daselbst begünstigt. J. Bauer (Wien).

649. Grote, L. R., Über den Einfluß der Konstitution auf die Pathogenese der Magen- und Darmerkrankungen. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechsel-Krankheiten, herausgeg. von Albu. Bd. **6**, H. 7—8. C. Marhold, Halle 1920.

Sehr empfehlenswerte, kurze und übersichtliche Darstellung, die insbesondere die hohe Bedeutung des Nervensystems, vor allem des vegetativen, für die Pathogenese der Verdauungskrankheiten richtig wertet. Die einzelnen Kapitel behandeln die begriffliche Umgrenzung des Konstitutionsproblems, die Größe, Form und Lage des Magens, die Motilitäts- und Sekretionsstörungen des Magens, das Ulcus ventriculi, Magen- und Darmkrebs, Allgemeines über morphologische Varianten des Darmtraktus, funktionelle Dünndarm- und Dickdarmstörungen sowie entzündlich-infektiöse Darmerkrankungen. J. Bauer (Wien).

650. Schob, Zur Symptomatologie der Carotisligatur und -verletzung. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 998. 1920

a) 2 Fälle von Unterbindung der linken Carotis communis. Im ersten Falle waren neben den gewöhnlichen Folgen, Hemiplegie und Aphasie, besonders das Auftreten einer vorübergehenden retrograden Amnesie, die wahrscheinlich zu der nach Strangulation auftretenden Amnesie in Parallele zu setzen ist, und die Entwicklung einer dauernden moriaartigen psychischen Veränderung bemerkenswert. Im zweiten Fall handelt es sich um eine besonders schwere Hemiplegie und Aphasie, Hemianopsie, wozu noch eine konjugierte Blicklähmung nach oben trat, schwere Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit, Kombination mit peripherer Facialislähmung. Beidemal war die Unterbindung wegen schwerer Nachblutungen im Anschluß an Gesichtsverletzung durch Granatsplitter vorgenommen worden. b) Aneurysma arteriovenosum nach Minensplitterverletzung mit nachfolgendem Exophthalmus pulsans. Nach der Verletzung sofort Auftreten des charakteristischen, synchron mit dem Puls gehenden Sausens im Kopf. Obj. über dem Schädel, besonders rechts, ein lautes sausendes, rhythmisches Geräusch. Operation ohne bleibenden Erfolg. Später Entwicklung eines geringeren Exophthalmus pulsans. c) Indirekte Carotisverletzung bei Granatsplitterverletzung der Orbita, wahrscheinlich Einriß der Intima durch stumpfe Gewalteinwirkung — thrombotischer Verschluß der r. Carotis 9 Tage nach der Verletzung; schwere Bewußtlosigkeit, linksseitige Hemiparese; später ausgesprochene moriaartige psychische Veränderung. Eigenbericht.



651. Ritter, Über Ethmoidaliskopfschmerz und seine Heilung durch Neurotomie des Nervus ethmoidalis anterior. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 540. 1920.

Bei Ethmoidaliskopfschmerz wird stets die Gegend über der Nasenwurzel und dem medialen Teil des Supraorbitalrandes als alleiniger Sitz oder als Ausgangspunkt des Schmerzes angegeben. Im allgemeinen wird der Schmerz als ein in der Tiefe sitzender bohrender Schmerz geschildert, der an Stärke und Dauer wechselt, von leichten hin und wieder auftretenden Anfällen bis zum schwersten Dauerkopfschmerz. Eigenartig ist die geringe Wirkung der gebräuchlichsten Antineuralgica. Objektiv manchmal gewisse Druckpunkte, ein temporaler, ein supraorbitaler wie bei Stirnhöhlenerkrankung, ein nasaler an Verbindungsstelle von knöchernem und knorpligem Teil der Nase. Innerlich manchmal Hyperästhesie im Ethmoidalisgebiet. Als beste Behandlungsmethode ist die Durchschneidung des N. ethmoidalis anterior anzusehen. Schob (Dresden).

652. Fuhlrott, Gehäuftes Auftreten von Herpes zoster. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1321. 1920.

Beitrag zur Frage der Infektiosität des Herpes zoster. Im Gefangenenlager meldeten sich im Sommer 1916 innerhalb weniger Tage 10 Mann wegen heftiger Seitenschmerzen krank, bei denen ein Herpes zoster festgestellt wurde; 5 Mann stammten aus derselben Baracke. In der Revierbaracke, in die die Erkrankten gelegt wurden, erkrankte ein Mann, der 14 Tage die Baracke nicht verlassen hatte, ebenfalls an Herpes zoster. Ein Mann bekam 3—4 Tage nach Auftreten des Bläschenausschlags einen zweiten Herpes auf der anderen Brustseite. Krambach (Berlin).

653. Goldstein, Manfred, Die diagnostische Brauchbarkeit, Lokalisation und die funktionelle Bedeutung des Handvorderarm- und des Fingergrundgelenkreflexes. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1460. 1920.

Léris Handvorderarmreflex: Bei passiver Beugung der Finger des Patienten gegen die Hohlhand und der Hand gegen den Unterarm (Einrollen der Hand) erfolgt reflektorisch eine sich steigernde Beugung des Unterarms. Mayers Fingergrundgelenkreflex: Bei kräftiger passiver Beugung des Grundgelenks des 2., 3., 4. oder 5. Fingers tritt eine sich langsam verstärkende Oppositions- und Beugebewegung im Carpometacarpalgelenk I meist mit Streckung im Daumenendglied ein. Bei Nervengesunden wurde das Lérische Phänomen in 98% der Fälle, und zwar an beiden Armen gleichstark gefunden; der Mayersche Reflex ließ sich in 10% der Fälle nicht auslösen, zeigte auch öfters quantitative Unterschiede zwischen rechts und links. Gleichstark wurde er in 60% der Fälle gesehen. Ermüdbarkeit beider Handgelenksreflexe wurde nur bei kachektischen Individuen und beim Diabetes mellitus nachgewiesen. Vor dem zweiten Lebensjahr sind die Reflexe nie zu finden. Bei Neurotikern sind die Gelenkreflexe im allgemeinen lebhafter als bei Normalen; ihr Vorhandensein bei hysterischen Lähmungen und Anfällen bildet ein wichtiges differentialdiagnostisches Zeichen. Unter 43 Fällen von spastischer Hemiparese infolge cerebraler Pyramidenbahnschädigung fehlten bei 28 beide Reflexe am gelähmten Arm, bei weiteren 7 fehlte das Lérische Phänomen, während der Mayersche Reflex

nur qualitativ und quantitativ verändert war, bei den übrigen 8 waren beide Reflexe auf der gelähmten Seite schwächer. Beide Reflexe sind als ein feines Reagens der Pyramidenbahnerkrankung anzusehen. Bei Hemisphärenerkrankungen außerhalb der Pyramidenbahnen, bei Kleinhirnkrankheiten, Erkrankungen der subcorticalen Kerngebiete, bei Paralysis agitans, Commotio, Meningitis, Hypophysentumoren und Chorea minor sind die Reflexe erhalten. Dagegen fehlen sie bei Chorea Huntington, Chorea gravidarum, sowie im epileptischen Anfall und in der Narkose. Bei Atherosclerosis cerebri pflegen sie herabgesetzt, verlangsamt und häufig asymmetrisch zu sein. Der afferente Schenkel des Reflexbogens geht beim Lérischen Phänomen durch C_6—D_1, der efferente durch C_7—D_1; beim Mayerschen durch C_6—D_1, bzw. C_5—C_6. Bei Leitungsunterbrechung des Ulnaris ist der Mayersche Reflex von 4. und 5. Finger häufig negativ und fehlt im allgemeinen bei kombinierten Medianus- und Ulnarislähmungen, durch Radialisschädigungen wird der Lérische Reflex, der im wesentlichen durch den rechten Musculocutaneus geht, abgeschwächt. Beim Reflexe zeigten 64% von 240 Geisteskranken Veränderungen gegen die Norm, und zwar bei Fällen von angeborenem Schwachsinn, schizophrenen Erkrankungen und progressiver Paralyse. Beide Reflexe sind, ebenso wie die Hautreflexe, cerebrale Reflexe, deren motorisches Zentrum in der Gegend des Sulcus Rolandi anzunehmen ist. Beide Reflexe dürften, phylogenetisch betrachtet, Beziehungen zum Greif- und Kletterakt haben.
Krambach (Berlin).

654. Schenk und Mathias, Zur Kasuistik der Dystrophia musculorum progressiva retrahens. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 557. 1920.

Fall von typischer juveniler Muskeldystrophie bei einem 15jährigen Lehrling, in dem Muskelschrumpfungen die ersten vom Patienten bemerkten Krankheitserscheinungen darstellten und bedeutend stärker ausgeprägt waren, als etwa durch Atrophie der Antagonisten erklärt werden könnte: Schrumpfung des linken Biceps, beiderseits Schrumpfung der Wadenmuskulatur. Die histologische Untersuchung eines aus dem rechten M. Gastrocnemius excidierten Stückes zeigte Resultate, die den von Versé und Pappenheimer beschriebenen Befunden entsprechen: Verlust der Querstreifung, Verdickung der einzelnen Muskelfasern, Unterbrechung der Kontinuität durch Bindegewebe, das stellenweise gefäßreich war und namentlich perivasculär Fibroblasten aufwies. In dem beschriebenen Falle bestanden nebenher noch Makroglossie, idiopathische Herzhypertrophie und gewisse Anomalien im Verhalten der Drüsen mit innerer Sekretion: stark ausgebildeter lymphatischer Rachenring, Vergrößerung der Schilddrüse, Thymuspersistenz, Hautpigmentationen, Lymphocytose, Herabsetzung der Blutgerinnung. Auf den ursächlichen Zusammenhang von pluriglandulärer innersekretorischer Erkrankung und myotoner Dystrophie ist bereits mehrfach hingewiesen worden; für ihren Fall neigen die Verff. zu der Ansicht, daß der muskeldystrophische Prozeß nur eine Begleiterscheinung der Anomalien in der Entwicklung der innersekretorischen Drüsen und wie diese letzten Endes auf eine Störung der Keimanlage zurückzuführen sei.
Schob (Dresden).



655. Cohn, Gliederschwund nach Nervenschuß. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 685. 1920.

16jähriges Mädchen mit unvollständiger linksseitiger Ulnarislähmung nach Schußverletzung. 3 Wochen nach der Verletzung neben der Lähmung und der Störung der Sensibilität im Gebiet des Ulnaris eine Bläschenbildung an den drei letzten Fingern und dem vom Ulnaris versorgten Teile des Handrückens und der Handfläche. Die Bläschen entwickelten sich zu ganz oberflächlichen Geschwüren. Im Lauf der Zeit Abbröcklung der Nägel am Mittelfinger und besonders am Kleinfinger, bläuliche Verfärbung der End-, geringer der Mittelglieder dieser beiden Finger. $^3/_4$ Jahr nach der Verletzung zeigte das Röntgenbild, daß vom kleinen Finger das ganze Endglied und fast das halbe Mittelglied völlig verschwunden waren, daß der Knochen des Endgliedes des Mittelfingers etwa zur Hälfte fehlte und der Rest wie angenagt erschien. Auch die Knochen der Mittelglieder und Grundglieder erschienen verdünnt und durchlässiger. Auffällig ist, daß der 4. Finger von den trophischen Störungen verschont geblieben ist.

Schob (Dresden).

656. Curschmann, Über Syringomyelia dolorosa mit ausschließlich sensiblen Störungen. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 1186. 1920.

42jährige Frau; seit 20 Jahren heftige Schmerzen im rechten Arm; vor 9 Jahren schmerzlose Geschwüre an der rechten Schulter und Oberarm. Objektiv völlige Anästhesie für Schmerz- und Temperaturreize im Hautbereich des II. bis V. Cervicalsegmentes und nur minimaler taktiler Gefühlsverminderung. Keine motorischen, keine amyotrophischen, keine vasomotorischen und sonstigen trophischen Störungen. Nur rechte Mamma anscheinend seit 20. Jahre im Wachstum zurückgeblieben; Steigerung der rechtsseitigen Beinreflexe. — Verf. weist auf ähnliche Beobachtungen Schlesingers hin; er faßt den Fall als Syringomyelie auf und schlägt für solche Fälle die Bezeichnung Syringomyelia dolorosa vor.

Schob (Dresden).

657. Baller, Georg, Über rezidivierende schlaffe Lähmungen nach früherer epidemischer Poliomyelitis. Neurol. Centralbl. **39**, 658. 1920.

Ein jetzt 14jähriges Mädchen, das vor 8 Jahren eine poliomyelitische schlaffe Lähmung des rechten Arms und Beins erlitten hatte, die nach 6 Wochen bis auf eine zurückbleibende motorische Schwäche und Atrophie im rechten Arm verschwand, erkrankte im Anschluß an Diphtherie mit kompletter schlaffer Paralyse mit herabgesetzter Sensibilität (Rückbildung nach 6 Wochen); 3 Monate später nach Erkältung Rezidiv der schlaffen Paraparese unter Fieber und Schmerzen (Genesung nach 3 Wochen); $^1/_4$ Jahr später wieder gleichartige Rezidive mit Heilung nach 3 bzw. 5 Wochen. 4 Monate später (5 Wochen nach einer Mandelentzündung) innerhalb 2 Tagen völlige schlaffe Lähmung des rechten Armes mit etwas gesteigerten Reflexen am paralytischen Arm, ohne Sensibilitätsstörungen und ohne EaR., die nach etwa 4 Monaten geheilt ist.

Die differentialdiagnostischen Gesichtspunkte werden sehr eingehend untersucht: Hysterie, paroxysmale Lähmung, Paralyse nach Malaria, Myasthenie, multiple Sklerose, idiopathische Polyneuritis und auch postdiphtherische Lähmung werden abgelehnt und die Ursache der rezidivierenden Lähmung in einer zeitweisen Funktionshemmung der Vorderhornzellen gesucht.

Krambach (Berlin).

 

658. Mosler, E., und G. Werlich, Die physikalischen Vagusprüfungen. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1177. 1920.

Übersichtsreferat, das, nach Darstellung der Lehre von der Vagotonie, die respiratorische Arhythmie, den Czermakschen Vagusdruckversuch, den Aschnerschen Bulbusdruckversuch und den Erbenschen Hockversuch behandelt. Krambach (Berlin).

659. Schilder, P., Studien über Bewegungsstörungen. III. Über die motorischen Symptome der chronischen Chorea und über Störungen des Bewegungsbeginns. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **61**, 203. 1920.

Die Zuckungen der chronischen Chorea sind etwas langsamer als die der Chorea minor. Die Tendenz zu Mitbewegungen und Mitzuckungen ist identisch mit der der Chorea minor, jedoch sind auch sie etwas langsamer. Sehr viel stärker ist die Koordinationsstörung, es kommt ferner bei der Huntingtonschen Chorea zu schweren Störungen der Agonisten (Unstetigkeit, Flüchtigkeit, Verspätung), ferner zu Bildern, die an Apraxie erinnern. Auch Adiadochokinese und Bradyteleokinese werden beobachtet. Lokalisatorisch kann der größte Teil der Symptome auf subcorticale Apparate bezogen werden. — Die Encephalitis choreiformis gibt z. T. Bilder, die ganz der Chorea minor entsprechen, z. T. kommt es bei dieser Erkrankung auch zu Motilitätsstörungen, die mit höchster motorischer Unruhe, Wälzbewegungen einhergehen und von klonischen Zuckungen, die keine Bewegungssynergie nachahmen, begleitet. (Myoklonische Zuckungen? Ref.) — Ferner beschreibt Verf. verschiedene Störungen des Bewegungsbeginns bei subcorticalen Motilitätsstörungen; diese werden in einem Fall von Encephalitis epidemica (choreiformis) und bei einer Paralysis agitans sine agitatione als erschwerte Innervationsfindung angesprochen, während bei einer „trepidanten Abasie“ (Paralysis agitans? Ref.) die Funktion des subcorticalen Apparates durch psychische Momente beeinflußt wird. Verf. ist der Ansicht, daß eine psychische Einwirkung auf dem Gebiete der Motilität Ähnliches bewirken kann wie eine organische Schädigung, namentlich auf dem Gebiete des extrapyramidalen motorischen Systems. Umgekehrt können Bewegungen, die psychisch hervorgebracht zu sein scheinen (Verlegenheit, Unruhe usw.) apsychsich entstehen. Verf. sieht hierin Beziehungen zu den Motilitätsstörungen der Schizophrenien. Bostroem (Breslau).

660. Auerbach, S., Die traumatischen Lähmungen und das Gesetz der Lähmungstypen. Neurol. Centralbl. **39**, 753. 1920.

Stracker (Bruns Beitr. **116**) hatte behauptet, für die traumatischen Läsionen träfe das Auerbachsche Gesetz nicht zu. (Diejenigen Muskeln erlahmen am raschesten und vollkommensten bzw. erholen sich am langsamsten, die die geringste Kraft [ausgedrückt durch das Muskelgewicht] besitzen und ihre Leistung unter den ungünstigsten Bedingungen zu vollbringen haben [im Orginal hat sich hier ein sinnverkehrender Druckfehler eingeschlichen].) Nach Auerbach sprechen aber gerade die Strackerschen Angaben für die Gültigkeit des Gesetzes. Außerdem seien aber auch die mit Neurolyse operierten Fälle herangezogen worden, bei denen der Nervenstamm in ganz verschiedenem Grade betroffen zu sein pflegt, während für die Prüfung des Gesetzes nur die Fälle verwertbar sind, bei denen der



gesamte Nervenquerschnitt in gleichem Grade betroffen ist. — Die Entfernung der Nahtstellen vom nervösen Zentrum und die Entfernung von der Nerveneintrittsstelle in den Muskel, die Stracker für die Prognose für ausschlaggebend hält, ist nur ein Faktor, ein anderer z. B. die Richtung, in der der Nervenstamm vom Geschoß getroffen wird. Krambach.

661. Kempner, Alfons, Beitrag zur Unterscheidung organischer von psychogenen Radialislähmungen, zugleich eine Erwiderung auf Wichmanns „Traumatische Lähmung des Radialis prof. mit psychogener Sensibilitätsstörung". Neurol. Centralbl. **39**, 804. 1920.

Kempner sah während seiner Reservelazarettätigkeit häufig motorische Radialislähmungen, bei denen die Sensibilitätsstörung so ausgebreitet war, daß eine psychogene Komponente anzunehmen war. Die psychogene Nachbildung von Radialislähmungen ist durch die Bekanntheit des Krankheitsbildes der Fallhand bei den Laien erklärlich. Der organische Charakter der motorischen Lähmung in dem Wichmannschen Falle erscheint K. nicht erwiesen, da vollwertige Symptome für eine solche nur sind: Herabsetzung oder Erlöschen der Sehnenreflexe, stärkere Grade von Muskelatrophie, Störungen der elektrischen Erregbarkeit von Muskeln und Nerven (bes. EaR.) und qualitative Störungen der mechanischen Muskelerregbarkeit. — Als Unterscheidungsmerkmal organischer und psychogener Lähmung hat sich K. die Untersuchung in Mittelstellung zwischen Supination und Pronation und in Supinationsstellung der Hand bewährt. Bei nicht völlig gelähmten Streckmuskeln ist eine aktive Kontraktion möglich, bei letzterer Stellung kommt es auch bei völliger Paralyse zu leichter Streckstellung der Hand infolge des Schwergewichts, während der psychogen Gelähmte sie in dieser Stellung in leichter Beugestellung hält, da er über den Einfluß der Schwerkraft nicht Bescheid weiß. Krambach (Berlin).

662. Wichmann, Rolf, Bemerkungen zur vorstehenden Erwiderung. Neurol. Centralbl. **39**, 809. 1920.

Das Eigentümliche seines Falls war die lokale Ätiologie. Die Ausschaltung der Schwerkraft bei der Untersuchung von Muskellähmungen ist nichts Neues. Krambach (Berlin).

V. Allgemeine psychiatrische Diagnostik und Symptomatologie.

● **663. Bleuler, E., Lehrbuch der Psychiatrie.** 3. Aufl. 539 S. Berlin 1920, Springer. Preis M. 36.—.

Die rasche Folge der dritten Auflage hinter der zweiten ist ein erfreuliches Zeugnis dafür, wie gut dieses treffliche Lehrbuch sich einbürgert. In Kleinigkeiten ist diesmal, wie Bleuler selbst im Vorwort sagt, recht vieles, prinzipiell gar nichts geändert worden. Dem wachsenden psychologischen Verständnis entsprechend wurde mehr Gewicht auf die psychopathischen Reaktionen gelegt und die ganze Gruppe der reaktiven Psychosen mit den Neurosen unter einheitliche Gesichtspunkte gebracht. — Ein Punkt, auf den uns B. selbst im Vorwort aufmerksam macht, sei wegen seiner grundsätzlichen Wichtigkeit herausgehoben. Gerade auf dem Gebiete der Psychopathien



und der psychogenen Reaktionsformen befindet sich heute die klinische Psychiatrie in lebhafter Entwicklung. Auch im vorliegenden Lehrbuch spiegelt sich diese Bewegung wider, indem in den entsprechenden Kapiteln Bruchstücke neuerer Denkweisen zwischen die älteren Bestände sich da und dort eingesprengt finden. Die behutsame Zurückhaltung, die hier auch heute noch einen grundsätzlichen Umbau vermeidet, ist bei der Fülle der Streitpunkte und ungesicherten Ansichten wohl verständlich und leicht mit triftigen Gründen zu verteidigen. Und doch — wir können den Gedanken nicht unterdrücken, es möchte heute ein Kliniker von gereifter, kritischer Erfahrung kommen, der, auf dem festen Boden der Kraepelinschen Systematik stehend, es unternehmen wollte, deren wertvolle, gesicherte Bestände mit dem, was im Lauf der Jahre in der Psychoanalyse und neueren Psychopathologie an wirklich solidem empirischen Material neu angewachsen ist, organisch zu verschmelzen. So zu verschmelzen, daß niemand mehr begreifen könnte, wie man einmal geglaubt hat, diese Dinge gingen nicht zusammen, oder auch nur, es könnte eins auf die Dauer ohne das andere existieren. Mit diesem leise gehegten Wunsch begleiten wir das schöne Werk B.s auf seinem weiteren Entwicklungsgang. Kretschmer (Tübingen).

664. Bickel, H., Über affektive und intellektuelle Wahnideen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **58**, 94. 1920.

Die Bedingungen der Wahnbildung liegen: a) in der Tätigkeit der Phantasie als Ursprung und Quelle des Wahns, und b) in dem Versagen der Urteilsfähigkeit gegenüber den Phantasiegebilden, einer absoluten oder relativen Urteilsschwäche. Man unterscheidet also affektive und intellektuelle Wahnideen. Eine rein sensorische Wahnbildung gibt es nicht. Die affektiven Wahnvorstellungen sind bezüglich ihres Inhaltes der herrschenden Stimmung streng angepaßt. Intellektuelle Wahnideen sind solche, deren Gefühlsbetonung zu gering ist, um als Quelle des Wahns angesehen werden zu können. Sie entstehen teils aus einer von der übrigen Hirnrinde dissoziierten autochthonen Tätigkeit der Vorstellungszentren, teils aus einer gesteigerten Assoziationstätigkeit der Hirnrinde. Kretschmer (Tübingen).

665. Lehner, Grete (Wien), **Über traumatisch bedingtes Stottern.** Med. Klin. **41**, 1059. 1920.

Unter Zugrundelegung der Fröschelschen Anschauungen über die Genese und den Mechanismus des Stotterns werden die verschiedensten traumatischen Einwirkungsmöglichkeiten an Hand von 9 Krankengeschichten kindlicher Stotterer erörtert. Der Begriff des Traumas wird dabei sehr weit gefaßt und auch das „verdrängte sexuelle Trauma" im Sinne der Psychoanalyse herangezogen. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

666. Kraepelin, E., Krieg und Geistesstörungen. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1235. 1920.

Nach einigen statistischen Angaben über die Abnahme der Geistesstörungen während des Krieges, die durch Alkoholmißbrauch bedingt sind, weist Kraepelin mit Nachdruck darauf hin, daß diese günstige Gestaltung der geistigen Volksgesundheit durch die Alkoholknappheit, in München vor allem durch den geringeren Alkoholgehalt des Bieres bedingt wurde.



Er betont auf das eindringlichste, daß wir von Regierung und Volksvertretung fordern müssen, daß über die Rückkehr zum Starkbier keine Entscheidung getroffen werden darf, bevor nicht auch diejenigen gehört wurden, die den Standpunkt des Volkswohls vertreten. Diese eigentlich für die Tagespresse bestimmten Ausführungen konnten in einer führenden Münchener Zeitung nicht untergebracht werden, ein Beispiel für den verhängnisvollen Einfluß, den die Brauinteressen in München auf die Presse ausüben.
R. Hirschfeld (Charlottenburg).

667. Strümpell, A., Über Wesen und Behandlung der Neurasthenie. Wien. med. Wochenschr. **70**, 1825, 1877 u. 1926. 1920.

Zusammenfassende Darstellung der Symptomatologie und Therapie neurasthenischer Zustände. J. Bauer (Wien).

● 668. Stransky, Erwin, Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. II., Spezieller Teil. Leipzig. Vogel 1919. 396 Seiten. Preis: M. 23.—.

Dem vor dem Kriege erschienenen ersten, allgemeinen Teil ist jetzt der zweite, die spezielle Psychiatrie, gefolgt. Das Buch beruht durchaus auf eigener Erfahrung, schildert lebhaft, bezieht sich aber nicht auf spezielle Literatur, die etwa verarbeitet wurde. Es ist die Absicht, das für den praktischen Arzt Nötige, und nur dieses, zum Ausdruck zu bringen. Es schildert nicht nur, sondern gibt auch diagnostische, therapeutische, forensische Erwägungen und Vorschriften. Die Einteilung lehnt sich zum guten Teil an Kraepelin an, ohne ihm sklavisch zu gehorchen. Die Folge der geschilderten Krankheitsbilder ist: Angeborene psychische Defektzustände; Entartungszustände und Psychopathien; Geisteskrankheiten auf degenerativer Grundlage (manisch-depressives Irresein, Paranoia); Schizophrenie; Irresein bei Affektionen der Schilddrüse; Psychosen bei Konstitutionskrankheiten; Geistesstörungen des Rückbildungsalters; senile Geistesstörungen; Geisteskrankheiten aus chronischen Infektionszuständen (Syphilis, Paralyse); symptomatische deliriöse Begleitpsychosen (Amentiagruppe); Intoxikationspsychosen (Alkoholismus usw.); Epilepsie; Psychosen bei diffusen und Lokalerkrankungen des Gehirns. — Nach Auffassung des Referenten ist die Lektüre nicht sehr bequem, weil der Text oft mehr wortreich als präzis ist. Der persönliche Ton ist Geschmackssache. Treffliche Einzelpartien lassen den ursprünglichen Beobachter erkennen. Jaspers (Heidelberg).

669. Gerstmann, J., Zur Frage der Einwirkung psychischer Faktoren auf cerebrale Mechanismen und über den Begriff der „physiogenen Neurosen". Wien. klin. Wochenschr. **33**, 557. 1920.

Neurose und Psychogenie sind durchaus keine identischen Begriffe. Neurotische Komplexe können auch auf extrapsychischem wie physiologischem Wege zur Entstehung gelangen. Es sind somit vom pathogenetischen Standpunkt aus zwei Gruppen auseinanderzuhalten: 1. Solche Fälle von Neurosen, die auf exogene psychische Erlebnisse hin unter Vermittlung endogener psychischer Prozesse durch Verarbeitung nach psychologischen Prinzipien, also indirekt, zustande kommen. 2. Solche Fälle, die auf exogene psychische Schädigungen hin nicht erst auf dem Umweg über psychische Zwischenglieder, sondern extrapsychisch, auf physiologisch-biologischem Wege, also direkt, entstehen. Die letzteren können als „physiogene" Neu-



losen bezeichnet werden. Erörterung des Mechanismus, nach dem eine Beeinflussung cerebraler Apparate von der Psyche her erfolgen kann. J. Bauer.

670. Dorsch, Zur Frage der Kataplexie. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1294. 1920.

Schilderung eines Zustandes von Kataplexie, in den Dorsch durch einen plötzlichen Artilleriefeuerüberfall versetzt wurde. Krambach.

671. Mollweide, R., Symptomkomplexe und Krankheitsbilder in der Psychiatrie in ihren Beziehungen zu psychomotorischen und psychosensorischen Grundmechanismen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **59**, 19. 1920.

Es werden in etwas schematischer Weise psychiatrische Symptombilder unter die psychomotorischen und die psychosensorischen Mechanismen eingeteilt, so z. B. das manische Symptombild unter die psychomotorischen, das depressive unter die psychosensorischen Regionalerkrankungen. — Der wesentliche Fortschritt in der neueren Psychiatrie ist die Herauslösung des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox. Die Vereinigung beider Erkrankungsformen zu einer voraussichtlich noch andere Bestandteile enthaltenden konstitutionellen Krankheitsgruppe würde nach Ansicht des Verf. weiterer Verständigung die Wege ebnen können.

Kretschmer (Tübingen).

672. Bickel, H., Über die Entstehung der Trugwahrnehmungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 307. 1920.

Zum Auftreten von Trugwahrnehmungen bedarf es einer allgemeinen Disposition einerseits, der Einwirkung gewisser auslösender Faktoren (Anstöße oder Impulse) anderseits. Je nach der Art der Disposition unterscheidet Verf. assoziative und dissoziative Trugwahrnehmungen. Indem er die Bedingungen des Auftretens der ersteren (bei Delirien, Alkoholpsychosen, psychopathischen Konstitutionen) wie der letzteren (beim Trauma, bei Dämmerzuständen, bei Schizophrenie) einer näheren Analyse unterwirft, gelangt er zu folgenden Schlußfolgerungen: Die Disposition für das Auftreten assoziativer Trugwahrnehmungen liegt in einer gesteigerten Erregung oder Erregbarkeit der gesamten Hirnrinde, welche bei den toxischen Psychosen durch einen wohlcharakterisierten Krankheitsmechanismus, bei den psychopathischen Konstitutionen durch verschiedene Ursachen zustande kommt. Die Disposition für das Auftreten dissoziativer Trugwahrnehmungen wird im Schlaf, in den Dämmerzuständen und bei Schizophrenen durch das Erlahmen und Erlöschen der komplizierten, übergeordneten Bewußtseinstätigkeit geschaffen. Dieses Erlahmen der übergeordneten Bewußtseinstätigkeit führt zu partieller Dissoziation der Hirnrindenfunktionen und hat weiterhin zur Folge, daß manche niedere psychische und Hirnrindenfunktionen eine gesteigerte autochthone Tätigkeit entfalten. Die so bedingte autochthone Tätigkeit der Sinneszentren liefert die Disposition für das Auftreten von Trugwahrnehmungen. Die Auslösung sowohl der assoziativen wie der dissoziativen Trugwahrnehmungen erfolgt teils intellektuell, durch Vorstellungen, teils affektiv, durch Gefühlstöne und Affekte, teils sensoriell, durch Sinnesreize, teils durch Impulse aus dem Bereiche des Unterbewußten. Lotmar (Bern).



673. Beck, D. J., Zwang und Depression. Eine klinische Studie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 273. 1920.

Weder das Fehlen einer affektiven Verursachung noch das Erhaltenbleiben der Kritik vermag Verf. als Begriffsmerkmale der Zwangsvorstellungen anzuerkennen. Sein Überblick über die neuere Literatur lehrt, daß nach jetzt meist geltender Ansicht eine Trennung zwischen Zwangs- und Depressionsprozessen nicht durchgeführt werden kann, und eine Einteilung der Patienten in Manisch-Depressive und Psychasthenische nicht möglich ist. Übergänge und Verbindungen zwischen beiden Krankheitsformen vermag er denn auch durch eine größere Reihe von Krankengeschichten zu belegen. Zunächst Fälle, in denen Depression und Zwang in Anlage und akutem Zustande gleichzeitig oder nacheinander in verschiedener Weise vorkommen, daneben vereinzelt hysterische und paranoide Züge. Weitere Fälle illustrieren namentlich Ähnlichkeiten des Gesamtverlaufs zwischen Zwangsprozessen und Depressionen; z. B. auch das reaktive Auftreten periodischer Verschlimmerungen von Zwangszuständen. Die meisten Zwangskranken gehören zur Kategorie der Chronisch-Deprimierten, jedoch nicht alle. Und nicht alle Chronisch-Deprimierten leiden an Zwangszuständen. Im Einzelfall ist die Rubrizierung unter eine der Diagnosen: degenerative Anlage, Psychasthenie, manisch-depressives Irresein oft nicht möglich; auch Zusammenhänge mit Hysterie und mit überwertigen Ideen können bestehen. Um den klinischen Tatsachen gerecht zu werden, muß man sich nach Verf. Ansicht auf den von Stransky für die paranoiden Erkrankungen, von Hoche in seiner bekannten Beschreibung der „Symptomenkomplexe" noch grundsätzlicher verfolgten Weg begeben. Die spezielle Anwendung dieser Gedankengänge führt den Verf. zur Aufstellung eines tabellarischen Schemas, in dem er hauptsächlich die Abhängigkeit der Zwangszustände von manisch-depressiver Veranlagung einerseits, von einem „Caractère scrupulo-inquiet" (Soukhanoff) anderseits zum Ausdruck zu bringen sucht, welch letzterer als ein Symptomenkomplex im Sinne von Hoche zu betrachten sei. Lotmar (Bern).

674. Schröder, P., Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 119. 1920.

Die Heraushebung und Zusammenfassung einer Gruppe von akuten Psychosen unter dem Begriff der Degenerationspsychosen erscheint als eine Notwendigkeit für die Systematik in der Psychiatrie. Es sind hier in erster Linie solche episodischen und heilbaren Psychosen zu beachten, die weder in der Dementia praecox noch im manisch-depressiven Irresein, noch in der Hysterie aufgehen. Solche Psychosen gibt es reichlich, teils reaktiv, wie manche Haftpsychosen, teils endogen. Die Symptomatologie solcher gern mehrfach im Leben auftretenden Störungen kann sehr ans Schizophrene, oder ans Hysterische, oder an manische und depressive Symptombilder anklingen. Verf. würde folgendermaßen gruppieren:

Degeneratives Irresein
- 1. Dauerzustände
- 2. akute Psychosen
  - a) hysterische Psychosen
  - b) man.-depr. „
  - c) Rest-Degenerationspsych.

Was wir innerhalb des degenerativen Irreseins als Formen abzugrenzen vermögen, sind gewissermaßen nur Krystallisationspunkte, an welche in weitem Umkreis andere Fälle von allen Seiten her anschießen. Wir werden z. B. unter manisch-depressivem Irresein engere oder weitere Kreise von Psychosen verstehen können, die dann ihrerseits fließend in andere degenerative Kreise übergehen. Kretschmer (Tübingen).

675. Bostroem, A., Die expansive Autopsychose durch autochthone Ideen (Wernicke) und ihre klinische Stellung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 213. 1920.

Die akute expansive Autopsychose durch autochthone Ideen läßt sich wegen ihrer Entstehung auf endogener, konstitutioneller Grundlage und wegen ihres autochthonen Auftretens, ihres Verlaufs und Ausgangs in Beziehung setzen zu den manisch-melancholischen Erkrankungen. Symptomatisch paßt sie jedoch nicht in den Rahmen der reinen Manie, besonders wegen des Fehlens der Ideenflucht und der manischen Bewegungsunruhe und Vielgeschäftigkeit; auch als Mischzustand ist das Krankheitsbild nicht zu deuten. Dagegen läßt sich die Erkrankung einordnen in die große Gruppe der autochthon Labilen (Kleist). Die autochthonen Ideen bilden nicht die Grundlage, auch nicht die auslösende Ursache dieser Erkrankung, sondern sie sind nur als ein charakteristisches Symptom aufzufassen, das vielleicht imstande ist, die Ausgestaltung expansiver Ideen richtunggebend zu beeinflussen. Neigung zu autochthonen Stimmungsschwankungen findet sich öfters im Lebensgang solcher Patienten. — Die geschilderten Psychosen sind durch blühende expansive Wahnideen: Welterlösung, große Missionen, Standeserhöhung, Friedestiftung gekennzeichnet. Kretschmer.

VI. Allgemeine Therapie.

676. Lichtenstern, R., Kastration als Heilung perverser und sadistischer Triebe. Ver. f. Neurol. u. Psych. in Wien, 9. Dez. 1919. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 893. 1920.

Ein 44jähriger, von Jugend auf stark sexuell erregbarer Mann, der immer mehr zunehmende sadistische Triebe zeigte, wurde kastriert und ist seither frei von allen perversen Neigungen. Der Geschlechtstrieb ist seither erloschen.

Aussprache: Marburg bespricht die Behandlung mit Epiglandol, die bei exzessiver Libido wirkt, bei übermäßiger Masturbation aber im Stiche läßt, ebenso bei masturbierenden Schwachsinnigen.

Stransky weist auf die Bedeutung der Organotherapie bei der Dementia praecox hin. J. Bauer (Wien).

677. Simmonds, Otto (Frankfurt a. M.), Zur Behandlung der multiplen Sklerose mit Silbersalvarsan. Med. Klin. **48**, 1229. 1920.

Verf. kann bei Anlegung eines kritischen Maßstabes in 3 Fällen eine einwandfreie günstige Beeinflussung nicht feststellen. S. Hirsch.

678. Kuyjer, J. H., Strahlenbehandlung von Hypophysisgeschwülsten. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 1971. 1920.

Fünf Fälle. Schöne Resultate von der Behandlung mittels Röntgenstrahlen. Abnahme, ja sogar Verschwinden der allgemeinen und lokalen Symptome. van der Torren (Castricum).

679. Oljenick, S., Behandlung von Neuralgien mittels Erfrierung. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 1966. 1920.

Besprechung der Methode Trendelenburgs. Gute Resultate. Indikation: starke Schmerzen peripherer Art, Tic convulsif, spastische Zustände in bestimmten Muskelgebieten, z. B. Torticollis spastica, tabetische Schmerzen, Ganglion Gasseri. van der Torren (Castricum).

680. Bruck, C., und H. Becher, Über die einzeitig kombinierte Neosalvarsan-Novasurolbehandlung der Syphilis. Münch. med. Wochenschr. **67**, 901. 1920.

Die Verff. empfehlen die einzeitig kombinierte Neosalvarsan-Novasurolbehandlung — letzteres ein lösliches Hg-Präparat, das die Einführung relativ hoher Hg-Dosen ermöglicht — als eine Methode, die neben großer Bequemlichkeit, völliger Schmerzlosigkeit und guter Verträglichkeit eine auffallend starke Wirkung auf klinische Erscheinungen und Serumreaktion entfaltet. R. Hirschfeld (Berlin).

681. v. Lücken, E., Ein Fall von Gehirnödem nach Neosalvarsaninjektion, mit Seruminjektion behandelt. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1149. 1920.

Kurze kasuistische Mitteilung. R. Hirschfeld (Berlin).

682. Hedri, Andreas, Zur Behandlung des Nervenquerschnitts bei Amputationsstümpfen. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1148. 1920.

Das Zustandekommen des Neuroms bei Amputierten wird dadurch verhindert oder verzögert, daß die Nervenregenerierung verlangsamt wird. Um dies zu bewirken, hat Hedri die Nervenfasern hoch heraufgehend mit dem Thermokauter ausgebrannt. Dadurch erreichte er, daß das Nervenende eine Zeitlang von Schorf umgeben und von dem Wundsekret nicht gereinigt wurde; infolgedessen blieben die postoperativen Sensationen aus. Die Regenerierung fand nur allmählich statt und erst nach vollkommenem Schluß der Wundheilung. Die Nervenscheide erholt sich früher und verhindert das zügellose Aussprossen der Nervenfasern. R. Hirschfeld.

683. Hahn, R., und Th. Fahr, Zur Frage der Salvarsanschädigung. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1222. 1920.

Hahn berichtet über die Beobachtungen, die er im Laufe von 10 Jahren an mit Salvarsan behandelten Kranken gemacht hat. Dem Salvarsan schreibt er folgende Schädigungen zu: Schüttelfröste mit mehr oder minder hohem Fieber unmittelbar oder am Tage nach der Injektion, gelegentlich auch einige Tage später auftretend, manchmal mit schnell vergehenden, teils länger dauernden Exanthemen kombiniert; außerdem 3 Acusticusstörungen und Bewußtseinsstörungen, die aber immer zur Genesung führten. Seit Anfang 1919 änderte sich dieses günstige Ergebnis, indem Hahn 6 Patienten durch den Tod verlor. Bei diesen hatte die angewandte Einzeldosis stets nur 0,45 Neosalvarsan betragen. Bei dem ersten Fall handelte es sich um eine schwere Dermatitis, bei 2 Fällen um schwerste Leberschädigungen, bei 3 Fällen um Encephalitis haemorrhagica. Die von Fahr ausgeführte anatomische Untersuchung ergab bei den Encephalitisfällen Ringblutungen in capilläre Gefäße. Man sieht im Zentrum der Blutungen noch die Gefäßwand und sieht vielfach, wie die Wand des Ge-



fäßchens nekrotisch geworden ist; es folgt dann nach außen eine Zone nekrotischen Hirngewebes und dann ein Ring roter Blutkörperchen; in den perivasculären Räumen spärliche Lymphocyten, resp. Leukocyten; keine Spirochäten. In diesen Blutungen sieht Fahr den Ausdruck einer spezifischen Salvarsanschädigung. Er begründet die Auffassung mit dem Fehlen der für die syphilitische Entzündung des Gehirns als charakteristisch anzusehenden Hirnveränderung; das Bild entspricht vielmehr der toxischen alterativen Encephalitis. R. Hirschfeld (Charlottenburg).

684. Reye, E., Über die schädlichen Wirkungen des Schlafmittels Nirvanol. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1120. 1920.

Reye warnt vor der Anwendung des Mittels Nirvanol, indem er kurz über 3 Fälle von Nirvanolvergiftung berichtet. R. Hirschfeld.

685. Stern, Carl, Über intramuskuläre Injektion von Silbersalvarsan. Münch. med. Wochenschr. **67**, 806. 1920.

Stern hat die Erfahrung gemacht, daß sich Silbersalvarsan in konzentrierter Lösung in allen gangbaren Gaben ohne wesentliche Beschwerden intramuskulär anwenden läßt. R. Hirschfeld (Charlottenburg).

686. Stühmer, A., Erfahrungen mit Silbersarvasan. Münch. med. Wochenschr. **67**, 836. 1920.

Verf. berichtet über die Erfahrungen mit Silbersalvarsan bei Syphilis an der Freiburger Hautklinik. Neurologisch von Interesse ist der Bericht über 2 Neurorezidive; in dem einen Fall trat bei einer Patientin, welche wegen sekundärer Lues innerhalb von $^3/_4$ Jahren zwei sehr gründliche Silbersalvarsankuren durchgemacht hatte, 4 Wochen nach Abschluß der letzten Kur eine Facialisparese mit positiver WaR. im Liquor auf. Im anderen Falle wurde ein Neurorezidiv des Acusticus 9 Wochen nach Abschluß der Kur beobachtet. Ein Patient mit cerebraler Lues wies noch nach 14 Silbersalvarsaninjektionen von insgesamt 3 g schwere epileptiforme Krämpfe mit hochgradig pathologisch verändertem Liquor auf. Verf. meint, daß besonders Prozesse des Zentralnervensystems durch Silbersalvarsan langsamer beeinflußt werden als z. B. mit Neosalvarsan. R. Hirschfeld.

● **687. Tandler-Ranzi, Chirurgische Anatomie und Operationstechnik des Zentralnervensystems.** Mit 94 zum großen Teil farbigen Abbildungen. Verlag von Julius Springer. Berlin 1920. 159 Seiten. Preis geb. M. 56,—.

Das Zusammenarbeiten eines Anatomen und eines Chirurgen, denen der vorzüglich geschulte Maler Hajek zur Verfügung stand, ermöglichte es, in kurzer, aber sehr übersichtlicher Weise die anatomischen Grundlagen für die Wege zu den einzelnen Regionen des Zentralnervensystems zur Darstellung zu bringen, die Operationstechnik der einzelnen Verfahren genau zu beschreiben und die verschiedenen angewandten Methoden kritisch zu beleuchten. Die zahlreichen Abbildungen, die den Durchschnitt der sonst in medizinischen Lehrbüchern gebotenen Zeichnungen an künstlerischer Ausführung bei weitem überragen, tragen viel zur Erläuterung des Textes und zu einer schnellen Orientierung bei. Nach Besprechung der Lumbalpunktion wenden sich die Verff. der Laminektomie zu, schildern die Indikationen und die Vorbereitungen zur Operation am Zentralnervensystem, die Höhendiagnose, die Anästhesie, die Ausführung der Operation mit den

mannigfachen Abweichungen und die Nachbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Durchschneidung der hinteren Wurzeln nach **Foerster** und deren extraduraler Durchtrennung nach **Guleke**. Darauf folgt die Beschreibung der allgemeinen, dann die der speziellen Technik der Trepanation. Gute topographische kraniocerebrale Übersichtsbilder werden dem Chirurgen sehr willkommen sein. Blutkreislauf und Blutstillung werden gebührend berücksichtigt; des Instrumentariums wird bei den einzelnen Kapiteln entsprechend Erwähnung getan. Während bei Trepanationen infolge eitriger Prozesse Drainage empfohlen wird, raten Verff. bei Operationen im aseptischen Terrain von jeder Drainage und Tamponade ab. Bei der Wichtigkeit der Erkrankungen des Ganglion Gasseri und der Hypophyse kann es nicht verwundern, daß den Methoden zur Exstirpation dieser Gebilde ein breiter Raum gewidmet ist. Auch der Zugang zu den Vierhügeln und zur Zirbeldrüse wird in Wort und Bild gut skizziert. Schließlich werden die vom Ohr ausgehenden Eiterungen und ihre Bekämpfung, sowie die Palliativtrepanationen bei zunehmendem Hirndruck, die Trepanation der Opticusscheide, die Hirn- und Ventrikelpunktion erörtert. Nur kurz sei nebenbei darauf hingewiesen, daß bei der Beschreibung des Balkenstiches nach Anton und v. Bramann vorgeschlagen wird, an dem in linker Seitenlage befindlichen Patienten einen etwa 3 cm im Geviert haltenden Haut-Galeaperiostlappen zu umschneiden, während hier im allgemeinen der Kranke in Rückenlage operiert und die Weichteile an der Operationsstelle nur linear in ca. 5 cm Länge durchtrennt und dann mit Haken auseinandergehalten werden. — Eine ausführliche Literaturangabe erhöht noch den Wert des Buches, das für den Chirurgie des Zentralnervensystems treibenden Arzt immer ein wichtiger Wegweiser sein wird.

Manfred Goldstein (Halle a. d. S.).

688. Fleischner, F., Ein Fall von Morbus Basedowii, verschlechtert durch Röntgenbestrahlung der Ovarien. Wien. med. Wochenschr. **70**, 2008. 1920.

Eine 41jährige Frau, die wegen Morb. Basedowii einer therapeutischen Röntgenbestrahlung der Ovarien unterzogen wurde, zeigte darauf Amenorrhöe und eine Verschlechterung des Krankheitsbildes. Besprechung der Beziehungen zwischen Ovarialschädigung und M. Basedowii an Hand der aus der Literatur bekannten Fälle.

J. Bauer (Wien).

689. Pette, H. (Hamburg), **Zur Frage des Einflusses der Salvarsantherapie primärer und sekundärer Syphilis in ihren Beziehungen zur Häufigkeit und Form der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems.** Med. Klin. **40**, 1028. 1920.

Bericht über 484 Tabes- und 280 Paralysefälle, die auf der Nonneschen Abteilung behandelt waren. Von den Tabesfällen waren 65,2%, von den Paralysefällen 68,2% im Primär- bzw. Sekundärstadium nicht ausreichend behandelt worden. Nur bei 4,1% der Tabiker und 1,1% der Paralytiker konnte eine genügende Behandlung mit Sicherheit festgestellt werden. Wenn auch eine absolute Zunahme der postsyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems nicht zu erweisen ist, so ist doch unverkennbar die Zahl der frühcerebralen Störungen im Steigen begriffen. Verf. ist geneigt, ebenso wie diese Steigerung auch eine auffällige Veränderung der Form der Lues



cerebri, die in letzter Zeit häufiger als meningeal-gummöser und seltener als endarteriitischer Prozeß in Erscheinung tritt, der Salvarsanbehandlung zur Last zu legen. Es mehrten sich auch die Fälle der Neurorezidive. Aus den Erfahrungen einer jetzt rund 10jährigen Salvarsanära ist das Fazit zu ziehen, daß bei voller Anerkennung der segensreichen Wirkung einer ausreichenden Salvarsantherapie ungenügende Kuren das Nervensystem schädigen, und zwar in weit stärkerem Maße als eine übermäßige Behandlung. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

690. Döllken, Zur Therapie und Pathologie der Abbaukrankheiten des Nervensystems. Heilwirkung von Proteinkörpern auf die Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 893 u. 926. 1920.

Bericht über therapeutische Versuche an einer Reihe von organischen Nervenerkrankungen, die Verf. unter dem Namen Abbaukrankheiten zusammenfaßt. Paralyse: Große Joddosen — evtl. 20—30 g Jodkali täglich — erzielen in geeigneten Fällen gute Remissionen, ebenso die verschiedensten Arten von Bakterieneiweiß. Tabes: Die im Vordergrund stehenden neuritischen Prozesse in den Extremitätennormen sind durchweg einer Heilung durch Bakterieneiweiß leicht zugänglich, ebenso Neuritiden (bes. Pyocyaneus und Prodigiosus), Chorea. Bei Dementia praecox gute Erfolge mit Pyocyaneus- und Dysenterie- (Shiga-Kruse) Vaccine. Apoplexie: Die indirekten durch Abbau in der Umgebung der Herde bedingten Symptome sind weniger gut durch Bakterieneiweiß, besser durch isotonische Kochsalzlösung, am besten durch parenterale Einverleibung von Milch (mehrfach wöchentlich 2 ccm steril gewonnene, pasteurisierte Milch). Epilepsie: Am besten bewährt hat sich eine Kombination von Luminal (täglich 0,15 bis 0,2) und Milchinjektion: Kuhmilch 3×2 ccm, dann vorübergehend 3×5 ccm, später wieder fallend. Monatelange Fortsetzung der Kur. Schob (Dresden).

691. Schlichtegroll, Ein Fall schwerer Nirvanolvergiftung mit Heilung. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 611. 1920.

38jährige Patientin, die 9 Tabl. à 0,3 Nirvanol auf einmal genommen hatte. 1 Stunde später Pulslosigkeit, Schweißausbruch, vollkommene Apathie. Magenspülung, Campheröl, Kollapsdisotrinspritze, Einhüllung in heiße Tücher. Am nächsten Tage Somnolenz, allgemeine Mattigkeit, motorische Unruhe, leidlicher Puls. In den nächsten Tagen Flimmergefühl vor den Augen, Abnahme der Sehschärfe, undeutliche Farbwahrnehmung, leichte Neuritis. Geruchs- und Geschmacksempfindung ebenfalls herabgesetzt. Heilung nach einigen Tagen. Schob (Dresden).

692. Maas und Hirschmann, Erfolgreich wiederholte Rezidivoperation bei Hirntumoren. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 1187. 1920.

38jährige Patientin, bei der innerhalb von 2 Jahren operative Entfernung eines zellreichen Glioms im Bereich der linken Zentralwindung und 2 Rezidivoperationen mit relativ gutem Erfolg vorgenommen worden sind. Verff. weisen daraufhin, daß Rezidivoperationen bei Gliomen nur selten ausgeführt worden sind. Schob (Dresden).

693. Stoffel, A., Deformitäten nach Nervenverletzungen und ihre Behandlung. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1312. 1920.

Stoffel erwähnt die oft charakteristischen Deformitäten des Muskel-



reliefs, die oft die Art der Lähmung sofort erkennen lassen, dann die Reiz- und Schmerzstellungen, die den verletzten sensiblen Nerven nach Möglichkeit entspannen sollen. Bei durch Lähmung und Belastung entstandenen Deformitäten ist die Behandlung dem klinischen Verhalten des verletzten Nerven streng anzupassen. Bei 2—3 Monate zurückliegender Nervenverletzung, geringer Abmagerung und mäßigen Entartungserscheinungen hat jeder Eingriff an den gelähmten Sehnen und Muskeln zu unterbleiben. Es kommt nur unblutige Behandlung (mit Schienen) in Frage. Bei länger bestehenden Deformitäten mit zunehmenden Atrophien usw. hat die Nervennaht oder Neurolyse zu erfolgen, mit der die Bildung einer lebenden Schiene, eine Fascienplastik, verbunden werden kann, deren Technik für Radialis- und Peroneuslähmung beschrieben wird; in der Nachbehandlung ist Schienenbehandlung, unter Umständen Tenotomie des Spitzfußes, oder plastische Verlängerung der Fingerbeuger vorzunehmen, nicht aber Sehnenüberpflanzung, Sehnenverkürzung oder Tenodese. Die Erfolge dieser Operationen, die nur bei Deformitäten, die nach undurchführbarer oder mißglückter Nervenoperation zurückblieben, vorgenommen werden dürfen, sind i. a. wegen nicht genügender Kraftspender oder nicht ausreichendem Bewegungseffekt nicht sehr gut. Guten Erfolg hat die reine Sehnenüberpflanzung nur bei Hängehand und Hängefingern und wenn die Deformität durch teilweise Lähmung des Nerven entstanden ist. Schließlich werden die operativen Maßnahmen bei Krallenfingern nach Ulnarislähmung und bei völliger Lähmung des Fußes und der Hand beschrieben. Krambach.

VII. Spezielle Neurologie und Psychiatrie.

Sympathisches System. Gefäße. Trophik. Wachstumsstörungen.

694. Meissner, R., Zur Klinik des Myxödemherzens. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1316. 1920.

Drei Fälle von Myxödem, die auf Thyreoidinbehandlung sehr gut reagierten. In dem schwersten Falle bestand eine erhebliche Dilatation des rechten und linken Herzens, die (in Übereinstimmung mit den Feststellungen Zondeks) durch die Thyreoidinbehandlung zurückging. Im zweiten Fall ging die vorhandene Dilatation unter Behandlung nicht zurück. Dieser Fall war durch eine gleichzeitige chronische Nierenerkrankung kompliziert. Im dritten Falle eines akuten Myxödems war es noch nicht zu einer Dilatation des Herzens gekommen. Krambach (Berlin).

695. Kahane, Über Gefäßreaktion bei Aortenaffektionen. Med. Klin. **47**, 1203. 1920.

Mittels sog. Galvanopalpation, das ist in kurzer Unterbrechung rasch hintereinander erfolgender Applikation eines schwachen galvanischen Stromes, konnte bei Aortitis und Aortensklerose eine vasomotorische und sensible Hautreaktion auf der linken Brustseite festgestellt werden. In einem bestimmten Bezirk, der nach der segmentalen Ausbreitung der spinalen Hautnerven vom III. Cervicalsegment und II. Dorsalsegment begrenzt war, bestanden Sensibilitätsstörungen sowie Rötung der Haut. S. Hirsch.



696. Haeller, S. J., Untersuchungen zur neurogenen Pathogenese des Ulcus ventriculi pepticum. Münch. med. Wochenschr. **67**, 393. 1920.

Die Untersuchungen, die Haeller an Kaninchen ausgeführt hat, führten zu einer entschiedenen Verneinung der Frage, ob die mit hohen Pilocarpindosen am Kaninchenmagen geschaffenen Geschwüre tatsächlich die Folge muskelspastischer Zustände der Magenwand sind. Wohl aber ist es verständlich, daß durch einen heftigen spastischen Kontraktionszustand des Magens die Geschwürsbildung, nachdem die dafür wesentlichen Faktoren mit irgendeiner Maßnahme gesetzt worden sind, in einem bestimmten Maße gefördert wird. R. Hirschfeld (Berlin).

697. Goldflam, J., Über eine durch unzweckmäßige Ernährung entstandene Knochen- und Gelenkerkrankung (dysalimentäre Osteoarthropathie). Wien. med. Wochenschr. **10**, 2011. 1920.

Die aus Warschau (im Jahre 1918) stammende Arbeit gibt die Symptomatologie der bei uns seither gründlich studierten Hungerosteopathie. Besprechung von 53 Fällen, an die klinische, differentialdiagnostische und therapeutische Erwägungen angeschlossen werden. J. Bauer (Wien).

Sinnesorgane.

698. Bakker, S. P., Leiden der einen Hälfte des Chiasma nervorum opticorum. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 954. 1920.

Absceß in der rechten Hälfte des Chiasmas nach einem Karbunkel des Nackens. van der Torren (Castricum).

699. van der Hoeve, J., Abweichungen des Auges bei tuberöser Sklerose des Gehirns. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 1263. 1920.

Vortr. fand bei 5 Fällen dieser Krankheit Tumoren in der Retina, überdies in einem der Augen eine Geschwulst der Papille, welche cystös degenerierte. van der Torren (Castricum).

700. Were, H., und A. Sonnen, Über den Einfluß kalorischer Labyrinthreize auf die Lage der Augen bei Augenmuskellähmungen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 1528. 1920.

Doppelseitige gleichstarke Abkühlung des äußeren Gehörganges ist nicht zu benutzen für die Diagnose der Lähmung rechter Augenmuskeln. Die Ursache des Ausbleibens eines Nystagmus dabei scheint ein Ausbleiben jeder Muskelkontraktion zu sein und nicht ein eintretendes Gleichgewicht zwischen Muskelkontraktionen auf beiden Seiten. Auch bleiben Schwindel und Nausea aus. Einseitige Abkühlung des Labyrinthes (sowohl gleichseitig wie gekreuzt) verursacht bei einseitiger Abducenslähmung Nystagmus auch auf der kranken Seite. Dieser Nystagmus überschreitet beim Geradeausblicken nicht die Mittellinie; bei gleichseitiger Abkühlung entsteht eine Kongruenz des Nystagmus auf beiden Augen, wenn der Patient zur gesunden Seite hinblickt; bei gekreuzter Abkühlung entsteht eine Diskongruenz des Nystagmus, wenn der Patient zur kranken Seite hinblickt. Auf dem kranken Auge ist dann der Nystagmus fast gleich Null, während er auf dem gesunden Auge sehr deutlich wird. — Einseitige Abkühlung könnte in gewissen Fällen nutzen zur Differentialdiagnose funktioneller



und organischer Blicklähmungen. Die Nystagmuserscheinungen bei Augenmuskellähmung sind zu erklären mit der Annahme, daß die langsame Phase verursacht wird durch Kontraktion eines bestimmten Muskels mit Erschlaffung des Antagonisten, während bei der schnellen Phase der erstgenannte Muskel erschlafft, während der Tonus des anderen Muskels sich restituiert. van der Torren (Castricum).

701. Popper, E., Über objektive Ohrgeräusche und ihre Beziehungen zu rhythmischen Gaumensegelkrämpfen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **61**, 233. 1920.

Unter objektiven Ohrgeräuschen werden jene Hörphänomene verstanden, die nicht nur dem Träger der Erscheinungen subjektiv, sondern auch seiner Umgebung objektiv, als oft ganz sonderbare Geräusche, vernehmbar sind. Der Entstehungsort der eigentümlichen Hörreize kann, braucht aber nicht im Ohre selbst gelegen zu sein; so hängt ihre Auslösung oft mit Kontraktionen des Gaumensegelspanners zusammen. An der Hand eines Falles, eines psychopathisch abnormen Mannes, bei dem auch eine beginnende multiple Sklerose in Frage kam, werden die Beziehungen der objektiven Ohrgeräusche zu Gaumensegel- und Schlingmuskelkrämpfen und die Frage nach deren funktionellen oder organischen (z. B. gleichseitigen Kleinhirnhemisphärenerkrankungen) Entstehungsursachen erörtert.

Manfred Goldstein (Halle a. d. Saale).

702. Wodak, E., Sind Reflexus cochleopalpebralis und Ohrlidschlagreflex identisch? Wien. med. Wochenschr. **70**, 2203. 1920.

Entgegen der Ansicht von Galant wird gezeigt, daß der von Kisch zuerst beschriebene Ohrlidschlagreflex und der Bechterewsche Reflexus cochleopalpebralis zwei völlig wesensfremde Reflexe sind, die einander nur in dem Effekte, nämlich im Blinzeln oder Lidschluß gleichen. Beim ersteren stellt der N. trigeminus, beim letzteren der N. acusticus den zuführenden Teil dar. J. Bauer (Wien).

703. Stross, L., und A. Fuchs, Über Manifestationen der Lues am Auge bei positivem Liquorbefund. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 986. 1920.

Die Erscheinungen der frischen Lues im Auge bei positiven Liquorpatienten bestehen in einer bedeutenden Beteiligung des Sehnerven, und zwar steht eine gewisse Art von leichter Papillitis bei normaler Sehschärfe und geringen oder fehlenden Gesichtsfeldstörungen im Vordergrunde. Bei der alten Lues wird das Bild wesentlich von den Pupillenveränderungen beherrscht, wobei die Häufigkeit der Pupillenstarre auffällt. J. Bauer.

704. Ascher, Karl W., Pulsphänomen an der Papilla nervi optici bei Extrasystolie. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1292. 1920.

Bei einem 34jährigen Patienten mit Extrasystolen ließ sich synchron mit dem Ausfallen des Radialpulses eine ungewöhnlich starke und langdauernde Füllung der Zentralvene im Augenhintergrund rechts feststellen. Bei späteren Untersuchungen fehlte die Erscheinung, ließ sich aber — immer nur auf dem rechten Auge — durch leichten Druck auf den Bulbus wieder hervorrufen. Krambach (Berlin).

705. Frey, H., und K. Orzechowski, Weitere Untersuchungen über die Beziehung zwischen Otosklerose und Tetanie sowie über die körperliche Konstitution der Otosklerotiker. Wien. klin. Wochenschr. **33**, 697, 734 u. 754. 1920.

In Fortsetzung ihrer seinerzeit mitgeteilten Untersuchungen verfügen die Verff. derzeit über insgesamt 18 Fälle von Otosklerose, von denen 10 sichere Zeichen latenter Tetanie, 1 die der Tetanie als pathogenetisch verwandt angesehene Myokymie darbot. 6 mal war die Diagnose latenter Tetanie sehr wahrscheinlich und nur ein einziger, flüchtig untersuchter Fall erwies sich als vollkommen negativ. Daraus ergibt sich, daß die Beziehungen zwischen Otosklerose und Tetanie eine ziemlich feststehende Tatsache sein dürften. In der überwiegenden Mehrzahl sind ferner die Otosklerotiker Vertreter des asthenischen Typus, sehr oft bieten sie hypogenitale Merkmale dar. Eine einheitliche körperliche Konstitution, die zur Otosklerose disponiert, gibt es nicht. Wenn allerdings die Verff. die Erwartung hegen, der weitere Ausbau der jetzt noch in den Anfängen steckenden Konstitutionslehre werde hier das bindende Glied finden, „nämlich einen Konstitutionstypus, der weder die reine, klassische Stillersche Asthenie ist, noch eine der hypogenitalen Konstitutionen, sich aber an beide anlehnt und derjenige einheitliche Konstitutionstypus sein könnte, der zur Otosklerose prädisponiert", so werden sie nach des Referenten Überzeugung eine sichere Enttäuschung erleben. Ebenso sonderbar ist die Anschauung, daß sich die Asthenie der Otosklerotiker mit derjenigen der Tabiker oder der Basedowkranken nicht decke, daß man vielmehr mehrere Untergruppen mit je einer spezifischen Krankheitsdisposition werde unterscheiden lernen. Wenn sich die Verff. an dem Ausbau der Konstitutionsforschung nach der von ihnen angegebenen Richtung bemühen sollten, so werden sie bestimmt auf keinen grünen Zweig kommen. Die Verff. meinen also die von J. Bauer und Stein seinerzeit erhobene Tatsache, daß die Otosklerose auf einem allgemein degenerativen konstitutionellen Terrain zur Entwicklung kommt, dahin ergänzen und erweitern zu sollen, daß sie den asthenisch-hypogenitalen Habitus bevorzugt und mit der „mitigierten chronischen, rezidivierenden Tetanie" zusammen auftritt. Bestätigt wird von den Verff. die hohe Bedeutung der vasomotorischen Übererregbarkeit der Otosklerotiker, welche vielleicht auch zu den Tetaniesymptomen in gewissen Beziehungen steht.

J. Bauer (Wien).

Körperflüssigkeiten (Blut, Liquor, Harn u. a.)

706. Fehsenfeld, Zur Sachs-Georgi-Reaktion. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 191 und 303. 1920/21.

Der Reaktion wird der Vorzug vor der Wassermann-Reaktion gegeben.

707. Kafka, Bemerkungen zu der obigen Arbeit von Fehsenfeld. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 255. 1920/21.

Die beiden Reaktionen beruhen auf verschiedenen Eigenschaften des Luetikerserums. In der Vereinigung der Wassermann-Reaktion mit den Ausflockungsmethoden ist der Fortschritt zu suchen. Müller (Dösen).



708. Hinzelmann, W., Zur Luesdiagnostik mittels Wassermannscher Reaktion, Sternscher Modifikation und Ausflockungsmethode nach Sachs-Georgi. Münch. med. Wochenschr. **67**, 402. 1920.

Die S.-G.-Ausflockungsmethode weist zwar eine geringere Empfindlichkeit als die WaR. auf, ist aber sehr wohl neben der WaR. brauchbar und kann vielleicht ihrer Einfachheit wegen die Sternsche Modifikation als Kontrolle ersetzen R. Hirschfeld (Berlin).

709. Schönfeld, W., Die Ergebnisse der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion bei Blut- und Liquoruntersuchungen. Münch. med. Wochenschr. **67**, 399. 1920.

Zusammenfassung. A. Serumuntersuchungen: 1. Die S.-G.-R. zeigt in ihren beiden Arten der Ausführung bei Syphilis eine verhältnismäßig große Übereinstimmung mit dem Ausfall der WaR. Ein Unterschied ist insofern vorhanden, als der Ausfall der S.-G.-R. häufiger positiv ist als der Ausfall der S.-G.-2-R. 2. Die S.-G.-2-R. zeigt bei der Syphilis eine größere Übereinstimmung mit der WaR. als die S.-G.-1-R. 3. Stellt man WaR. und S.-G.-R. nebeneinander an — was für die Praxis immer zu empfehlen ist, — so ist wegen des schärferen Ausschlags die S.-G.-1-R. anzustellen, besonders bei Fällen von negativer WaR. 4. Bei syphilisfreien Fällen zeigt die S.-G.-2-R. einen spezifischeren Ausfall. Bei Fällen von Ulcus molle reagierten beide Reaktionen negativ. Unspezifisch reagieren beide Reaktionen bei Fällen mit ausgesprochener Tuberkulose. Bei derartigen Fällen können wir aber auch des öfteren bei der WaR. unspezifische (allerdings unvollkommene) Hemmungen beobachten. Eine größere Anzahl von fieberhaften Erkrankungen, ausgebreiteten Carcinomen, bei denen die S.-G.-R. auch unspezifisch reagieren soll; fehlen bei unserem Material. 5. Eigenhemmungen kommen bei der S.-G.-R. häufiger vor als bei der WaR. — B. Liquoruntersuchungen: 1. In einem gewissen Prozentsatz der Fälle ist die Liquoruntersuchung nach der S.-G.-R. mit den bisher verwendeten Extrakten wegen Eigenflockung des Liquors nicht durchführbar. Diese Eigenflockungen treten bei der S.-G.-2-R. häufiger auf als bei der S.-G.-1-R. 2. Nach Ausscheidung der Eigenfällungen konnten wir bei unserem Material, das allerdings sich zum größten Teil aus Syphilisfällen zusammensetzte, einen unspezifischen Ausfall nicht beobachten.

Hirschfeld (Charlottenburg).

710. Kyrle, J., Welchen Wert hat die Liquorkontrolle bei Syphilis und wann soll sie durchgeführt werden? Wien. med. Wochenschr. **70**, 1729. 1920.

Im Verlaufe des 2. Jahres post infectionem soll die Kontrolle des Liquors vorgenommen werden, und zwar 6—8 Wochen nach Abschluß einer intensiven Kur, um so auch am ehesten die etwa gerade sich entwickelnden „Neurorezidive" zu treffen. Deckt man auf diese Weise Liquorveränderungen auf, so kommt man mit seinem therapeutischen Handeln noch nicht zu spät, was bei der Punktion im 4. Jahre post infectionem nach Ravaut der Fall ist. J. Bauer (Wien).

711. Georgi, F. K., Zur Frage der Empfindlichkeit der Sachs-Georgischen Ausflockungsreaktion im Liquor. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1317. 1920.

Auf Grund von Parallelversuchen an 105 Punktionsflüssigkeiten kommt



Georgi zu folgender Zusammenfassung: Auch bei Anwendung einer Liquormenge von 1,5 ccm und 0,75 ccm Extraktverdünnung scheint die Sachs-Georgische Flockungsreaktion (Brutschrankanordnung mit frischem Liquor) für Lues charakteristisch. Bei den von Georgi untersuchten Fällen sprach sie — bei Ausführung der Reaktion mit verdreifachten Mengen — besser an als die WaR.; sie hat nur bei einem Patienten versagt, während sie bei vier syphilitischen Patienten positiv bei negativer WaR. ausfiel.
Krambach (Berlin).

712. Stern und Poensgen, Der Wert der Mastixreaktion unter den Kolloidreaktionen des Liquor cerebrospinalis. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 634. 1920.

Die Verff. haben versucht, Klarheit darüber zu schaffen, in welchem Maße die Mastixreaktion die Goldreaktion an Wertigkeit erreicht. Nach ihren Untersuchungen besitzt die Mastixreaktion nicht denselben Wert wie die Goldreaktion, denn jene liefert noch viel uncharakteristischere Kurven als diese. Von pathognomischen Kurven kann jedenfalls nicht die Rede sein. Nach den bisher über Kolloidreaktionen allgemein gewonnenen Erfahrungen scheint es immer wieder am Platze, vor der Annahme krankheitsspezifischer Kurven überhaupt zu warnen. Allen derartigen Konstruktionen kann nicht kritisch genug gegenübergetreten werden, zumal derartige Kurven a priori nicht erwartet werden können, da wir bisher keinerlei Anhaltspunkte dafür haben, daß die Ausflockungen durch spezifische Körper, die etwa mit dem spezifischen Erreger der Krankheit in einem Zusammenhang stehen, hervorgerufen werden. Alle Kurventypen werden also voraussichtlich auch in Zukunft immer nur einen sehr relativen Wert besitzen. Die Verff. legen trotzdem Gewicht darauf und sehen Vorteile, aber nur im Sinne eines kritizistisch kombinatorischen Verfahrens. Nur wenn neben der Bewertung des ganzen klinischen Bildes und Verlaufes und der sonstigen Liquorreaktionen die Kolloidreaktionen hinsichtlich ihrer Intensität und Kurvenform berücksichtigt und mehrere Kolloidreaktionen, am besten Gold- oder Mastixreaktion, mit der Kollargolreaktion miteinander verglichen werden, wird für manchen Fall, der der klinischen Erkenntnis Schwierigkeiten bereitet, in den neuen Reaktionen eine Verfeinerung unserer diagnostischen Möglichkeiten erkannt werden können. Schob (Dresden).

Schädel. Großhirn (Herdsymptome).

713. Engelkens, J. H., Der Einfluß des Forceps auf die späteren körperlichen und geistigen Eigenschaften des Kindes. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 1538. 1920.

Infolge Einwirkung des Forceps bei der Geburt fand Verf. unter 232 Fällen (105 Ausgangszange, 39 hohe Zange, 82 nach Lange und 6 nach Scanzoni) nur einen Fall von Epilepsie und einen fraglichen Fall von Imbecillitas; keinen Fall von Diplegia spastica. van der Torren (Castricum).

714. Stanojevic, L., Beitrag zur Lokalisation der bilateralen Apraxie der Gesichts- und Sprachmuskulatur auf Grund eines längere Zeit hindurch beobachteten Falles. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 301. 1920.

44 jähriger Luetiker erkrankt vor einem Jahre an rechtsseitiger Läh-



mung und Verlust der Sprechfähigkeit. Jetzt besteht: motorisch-sensible Hemiplegie rechts, subcorticale motorische Aphasie, Apraxie des linken Arms für Markieren von Objekthandlungen und Nachmachen, bilaterale Apraxie im Gebiet von Mund-, Wangen-, Unterkiefer-, Rachenmuskulatur (z. B. schlürfen, gähnen, husten, spucken, schlucken usw. zwar reflektorisch bzw. automatisch möglich, nicht aber auf Geheiß). Auch Stirnrunzeln auf Geheiß nicht möglich. Verf. scheint für diese bilaterale Apraxie das untere Drittel der vorderen Zentralwindung in Anspruch zu nehmen. Bisher nur klinische Beobachtung. Lotmar (Bern).

Intoxikationen. Infektionen.

715. van der Hoeve, J., Tetanus bei Verwundung des Auges. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 1173. 1920.

Zwei Fälle. Schon kleine Verwundungen der Conjunctiva und auch Holz im Conjunctivalsack sind sehr gefährlich. van der Torren (Castricum).

716. Zweigenthal, Ernst (Brünn), **Zur Symptomatologie der Encephalitis epidemica im Kindesalter.** Med. Klin. **44**, 1131. 1920.

Verf. sah bei 40 Fällen einen choreaähnlichen, einen lethargischen und einen gemischten Verlaufstyp. Die überwiegende Zahl wies den choreatischen, bzw. den gemischten Typ auf. Die Bewegungen hielten auch während des Schlafes an. Von 40 Fällen starben 8. Milchinjektionen bewirkten bei den choreiformen Fällen unter Anstieg des Fiebers häufig eine kurzdauernde Beruhigung. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

717. Wartenberg, R. (Freiburg i. B.), **Zur Kasuistik der Encephalomyelitis nach Grippe.** Med. Klin. **48**, 1234. 1920.

Ausführliche Beschreibung eines einschlägigen Falles mit guter Literaturzusammenstellung. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

718. Cohn und Lauber, Zur Frage der Encephalitis epidemica. Münch. med. Wochenschr. **67**, 688. 1920.

Die Verff. beobachteten einen Fall von Encephalitis choreatica, einen Fall von postencephalitischem amyostatischem Symptomenkomplex, 8 Fälle von Encephalitis myoclonica. In dem zu zweit erwähnten Falle fand sich völlige mimische Starre, starker Speichelfluß, Schluckstörungen, Bewegungsarmut. Keine Paresen. Leichter Tremor der Hände, besonders rechts. Allgemeiner Rigor. Keine Py-Symptome. Deutliche Fixationsrigidität in allen Gelenken. Der Zustand hält bereits $^3/_4$ Jahre an. Die Fälle von E. myoclonica zeigten in der Hauptsache starke, bald abklingende Schmerzen in den Extremitäten, an Delirium tremens erinnernde Geistesstörung, motorische Reizzustände der Muskulatur unter Bevorzugung der unteren Rumpf- und Beinmuskeln. Von den Hirnnerven sind die Augenmuskeln oft beteiligt. Die Sektion ergab in einem Falle Blutung in Thalamus, Boden des IV. Ventrikels und Medulla. Aus dem Venenblut eines Patienten wurde ein feiner grampositiver Diplokokkus gezüchtet, der mit dem Wilsonschen Streptococcus pleomorphus identisch zu sein scheint.

R. Hirschfeld (Charlottenburg).

719. Fencel, Abbortivverlauf eines Falles von Encephalitis lethargica nach intralumbaler Verabreichung von Grippeserum. Münch. med. Wochenschr. **67**, 353. 1920.

Ganz kurze kasuistische Mitteilung. R. Hirschfeld (Berlin).

720. v. Sarbó, A., Ein Fall von diagnostizierter und durch die Sektion bestätigter Encephalitis der Linsenkerne. Neurol. Centralbl. **39**, 498. 1920.

Sarbó teilt die Krankengeschichte eines Patienten mit, bei dem sich das klinische Bild der Encephalitis der Linsenkerne vor seinen Augen entwickelte. Diese Diagnose wurde durch die Autopsie bestätigt. Klinisch fand sich starrer Gesichtsausdruck, rigide Körperhaltung, Hypertonie, Flexionscontractur der Extremitäten, Bewegungsarmut und Bewegungslangsamkeit der willkürlichen Muskelbewegungen, Katatonie der Glieder, Hypermimie, beim Sprechen sich zeigender lächelnder Gesichtsausdruck. Pyramidensymptome, Sensibilitätsstörungen fehlten. Dazu kamen noch die teigige Beschaffenheit der Gesichtshaut und das Salbengesicht (Poly, John), die Verf. auch diesem Symptomenkomplexe zurechnet. Die mikroskopischen Präparate wiesen allerschwerste Veränderungen in den Linsenkernen auf: kleinzellige Infiltration vorwiegend periadventitiell um die Gefäße, Neuronophagie, Zugrundegehen der Ganglienzellen. R. Hirschfeld.

721. Buttenwieser, S., Ein Fall von Encephalitis haemorrhagica bei Dysenterie. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1472. 1920.

Bei einer 49jährigen Frau tritt im Verlauf einer Dysenterie zunehmende Schlafsucht auf, später Parese des linken Rectus internus, geringe Nackensteifigkeit, rechtsseitiger Babinski; die Patellarsehnenreflexe fehlen. Die Sektion ergibt außer hochgradiger nekrotisierender Dysenterie des gesamten Dickdarms eine Encephalitis haemorrhagica. Krambach (Berlin).

● **722. Wahl, Hermann, Über Encephalitis epidemica.** Inaug.-Diss., Gießen 1920.

Beschreibung eines interessanten Falles, der im akuten Grippeanfall mit encephalitischen Symptomen starb und 12 Stunden nach dem Tode obduziert wurde. Es handelt sich um eine diffuse Encephalitis, die vor allem in Brücke und verlängertem Mark lokalisert war. Göring (Gießen).

723. Hirsch, Zur vergleichenden Pathologie der Encephalitis nebst kritischen Bemerkungen zur Encephalitis-lethargica- (epidemica-) Diagnose. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 605. 1920.

Angesichts der Vielgestaltigkeit der bei der jetzigen Encephalitisepidemie beobachteten klinischen Bilder besteht die Gefahr, daß die Diagnose Encephalitis epidemica zu einer Modediagnose wird. Abgesehen von dem gehäuften, epidemischen Auftreten bestehen eigentlich keine sicheren klinischen Kriterien für die Diagnose der Erkrankung. Ähnliche klinische Krankheitsbilder werden auch bei Erkrankungen beobachtet, die sicher eine andere Ätiologie haben, z. B. Vergiftungen. Die vergleichend-pathologische Betrachtung der Krankheit lehrt, daß auch bei anderen Erkrankungen, so bei der akuten Encephalitis, die bei Hunden, Pferden und Rindern im Gefolge von Infektionskrankheiten auftritt, bei der Staupe encephalitis, bei der Lyssa, also bei ätiologisch ganz verschiedenen Er-

krankungen, eine bemerkenswerte Übereinstimmung klinischer und anatomischer Befunde besteht. Aus allen diesen Gründen ist es nötig, bei der klinischen Diagnose kritisch zu sein. Schob (Dresden).

724. Kayser-Petersen, Über Encephalomyelitis bei Grippe. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 632. 1920.

Bericht über 22 Fälle, bei denen im Verlauf einer Grippe oder anschließend an eine Grippe Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems auftraten, die als Encephalitis bzw. Encephalomyelitis aufgefaßt werden mußten. Bei der Lumbalpunktion fanden sich gelegentlich Druckerhöhung und leichte Eiweißvermehrung, häufig aber keine pathologischen Verhältnisse. Im Vordergrund der klinischen Symptome standen Schlafsucht und Hyperkinese, die sich aber oft vergesellschafteten; Augensymptome fehlten nur in 2 Fällen; einmal bestand Witzelsucht, einmal abnorm hohe Fiebertemperaturen; im übrigen deckten sich die neurologischen Befunde mit denen anderer Autoren. Die verschiedenen bisher beschriebenen Formen der Encephalitis epidemica sind auch nach den Erfahrungen des Verf. als einheitliche Erkrankung aufzufassen. Was die Frage anlangt, ob zwischen Encephalitis epidemica und Grippeepidemie ein Zusammenhang besteht, weist Verf. darauf hin, daß das Fehlen von Grippesymptomen bei einer Encephalitis leichter behauptet als erwiesen sei. Die pathologisch-anatomische Unterscheidung zwischen Encephalitis lethargica und Grippeencephalitis ist bis jetzt nicht gelungen. Nach Annahme des Verf. bestehen folgende Möglichkeiten: 1. Das Grippevirus und das Encephalitisvirus sind identisch; der Grippeerreger oder das Grippetoxin erregt auch die Encephalitis, wobei an ein Verhältnis der Gruppe zur Encephalitis wie der Lues zur Paralyse gedacht werden könnte (v. Economo). 2. Wir haben es mit einer Misch- oder Pfropfinfektion zu tun in dem Sinne, daß entweder das Grippevirus die Erreger der sekundären Infektion aktiviert (Bernhardt und Simons), ihm als Pfortöffner dient, oder das Grippevirus die Encephalitis aufflackert. Dabei kann eine besondere Affinität des Grippevirus oder des sekundären Virus zum Nervensystem oder zum Gefäßsystem bestehen. Schob (Dresden).

725. Géronne, Zur Klinik der Encephalitis epidemica, unter besonderer Berücksichtigung der Prognose und des Blutbildes. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 1161. 1920.

Nach seinen eigenen Erfahrungen hält Géronne die Krankheit nicht für sehr ansteckend; es bedarf vielmehr einer bestimmten Disposition für die Erkrankung. Im Material des Verf. überwogen die Männer; als Prodromalerscheinungen wurden gelegentlich heftige neuralgische Schmerzen beobachtet. Schlafsucht fand sich in 80% der Fälle, 20% waren völlig frei. Unter den motorischen Reizerscheinungen überwogen die choreatischen über die athetoiden, bisweilen traten myoklonische Zuckungen auf. Auch die von Dreyfus beschriebenen Formen der Encephalitis cum rigore und der Encephalitis meningitica hat Verf. gesehen, wobei aber auffallend war, daß die Kranken trotz des schweren meningitischen Zustandes stundenweise ganz klar waren. Störungen der Augenmuskeln fehlten fast nie, auch in abortiven Fällen; Blasen- und Mastdarmstörungen sind durch Mit-



befallensein des Rückenmarks zu erklären. Die Prognose hält Géronne nicht für so günstig wie andere Autoren; von seinen 28 Krankenhauspatienten starben 7, nur 5 heilten völlig aus. Besonders hervorzuheben ist, daß das Blutbild in fast allen Fällen eine ganz auffallende Lymphocytose aufwies (in 2 Fällen 30—40, in 7 41—50, in 4 51—60, in 2 61—70%), die sich analog dem Krankheitsbild auf viele Monate erstreckte. Dieses Blutbild kann sowohl in diagnostischer wie prognostischer Hinsicht verwandt werden. Auf Grund des Blutbildes könnte man daran denken, daß vornehmlich vielleicht Menschen mit Status thymolymphaticus bzw. mit einem degenerativen Blutbild (Bauer) der Infektion zugänglich sind. Géronne sieht in der Encephalitis epidemica eine einheitliche, nosologisch gut abgegrenzte Erkrankung. Irgendein Zusammenhang mit der Influenza muß bestehen. Schob (Dresden).

726. Manteufel, Bakteriologischer Befund bei der Leichenuntersuchung eines Falles von Encephalitis lethargica. Berl. klin. Wochenschr. **57,** 926. 1920.

Verf. konnte bei der Verarbeitung des Materials, das bei der Leichenöffnung eines an Encephalitis lethargica verstorbenen Patienten gewonnen worden war, weder das von amerikanischen Forschern ermittelte filtrierbare Virus (intravenöse Impfung eines Kaninchens mit einem sterilen Berkefeldfiltrat aus dem verdünnten Nasenrachensekret), noch die von Hilgermann und seinen Mitarbeitern festgestellten protozoischen Körperchen nachweisen. Der einzige ätiologisch zu verwertende Gesichtspunkt blieb der Befund von Influenzabacillen im Nasenrachenraum und in der Trachea. Selbstverständlich will Verf. in diesem Einzelbefund nicht einen gültigen Beweis für die ätiologische Bedeutung der Influenzabacillen bei der Encephalitis lethargica sehen. Schob (Dresden).

Störungen des Stoffwechsels. Innere Sekretion.

727. Simmonds, Otto (Frankfurt a. M.), **Myoklonie und Glandula thyreoidea.** Med. Klin. **43,** 1113. 1920.

In 2 Fällen, bei denen außer den Muskelzuckungen thyreogene Störungen bestanden, wandte Verf. mit Erfolg Thyreoidin an. Die Beziehungen der an sich sehr seltenen Krankheit zu Störungen der Schilddrüsenfunktion ergeben sich als Syllogismus ex therapia. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

728. Róth, N., Durch Epithelkörperchenimplantation geheilter Fall von Tetania gravidarum. Wien. klin. Wochenschr. **33,** 886. 1920.

Eine 32jährige Frau im 6. Monat ihrer 5. Gravidität wurde wegen tagelang dauernder tetanischer Anfälle, die in den Extremitäten und im Gesichte auftraten und mit starker Schmerzempfindung einhergingen, ins Spital aufgenommen. Trousseau, Chvostek, Erb positiv, sonst negativer interner Befund. Intravenöse Calciumdarreichung brachte nur vorübergehenden Erfolg, und da wegen der bestehenden Schwangerschaft von der Darreichung von Narkoticis abgesehen wurde, entschloß man sich zur Implantation von Epithelkörperchen. Das bei einer Strumektomie gewonenne Epithelkörperchen wurde in die rechte Rectusscheide implantiert.



Außer wenigen kurzdauernden Anfällen in den ersten Tagen nach der Operation verlief die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ohne weitere Störung. In den Fällen von Tetania gravidarum, in denen intravenöse Calciumtherapie nicht zum Ziele führt, ist der Versuch einer Epithelkörperchenimplantation, bevor die künstliche Frühgeburt eingeleitet wird, der Mühe wert. J. Bauer (Wien).

729. Donath, J., und H. Lampl, Ein Fall von multipler Blutdrüsensklerose unter dem klinischen Bilde eines Morbus Addisonii. Wien. klin. Wochenschr. 33, 962. 1920.

Ein 24jähriges Mädchen, das in der Kindheit mehrere fieberhafte Krankheiten durchgemacht hatte, erkrankt unter Darmbeschwerden und Durchfällen. Es entwickelt sich eine zunehmende Adynamie, starke Pigmentation der Haut und Mundschleimhaut, Hypotonie, Ausfallen der Schamhaare, Brüchigkeit der Kopfhaare und Zessieren der Menses. Nach einigen Monaten, in denen nur vorübergehend Besserungen auftreten, kommt es zu einem kurzen, durch Benommenheit und Verwirrungszustände charakterisierten Terminalstadium. Die Obduktion ergab pathologische Veränderungen fast aller innersekretorischen Drüsen, am stärksten der Nebennieren. J. Bauer (Wien).

730. Freudenberg, F., Steinachs Verjüngungsversuche. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1294. 1920.

Bei einem 58jährigen Manne, bei dem irrtümlich die Diagnose Hodensarkom gestellt war, kehrte nach gelungener Operation der Hydrocele, gleichzeitig mit der Beseitigung des schweren seelischen Druckes, die seit mehreren Jahren erloschene Potenz wieder. — Der Erfolg der Verjüngungskuren wird als reine Suggestionswirkung bievi manu dem Erfolg der Lourdeskuren von Freudenberg parallel gesetzt. Krambach (Berlin).

731. Lichtenstern, Die Erfolge der Altersbekämpfung beim Manne nach Steinach. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 989. 1920.

Mitteilung von 5 Fällen, Alter 43—71 Jahr, bei denen zwischen 8 Wochen und 5 Monaten nach der Unterbindung der Samenstränge günstige Veränderungen aufgetreten sind und sich über 2 Jahre erhalten haben. Die bisherigen Beobachtungen am Menschen lassen nach Verf. den Schluß zu, daß durch die Unterbindung des Vas deferens Veränderungen physischer und psychischer Art bei den einzelnen Individuen auftraten, die auch bei größter Skepsis in einen Zusammenhang mit dem Eingriff gebracht werden müssen, und deren Ähnlichkeit mit den von Steinach am Versuchstier beobachteten Veränderungen augenfällig sind — Änderungen der Hautdecke, Änderung der Behaarung, Gewichtszunahme, Zunahme der geistigen Leistungsfähigkeit und endlich Steigerung der Libido und Potenz. Schob.

732. Pribram, Bruno Oskar, Hypophyse und Raynaudsche Krankheit. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1284. 1920.

Bei einem 42jährigen Mann, bei dem sich seit 2 Jahren ein typischer Raynaud mit Synkopen und Asphyxieanfällen entwickelt hatte, findet sich außer dem lokalen Befund an Füßen und Händen eine fast völlige Auf-



hebung des Geruchsvermögens, Chvostek, und bei der Beobachtung der Capillaren nach der O. Müllerschen Methode Capillarspasmus und ischämische Stase, sowie röntgenologisch eine einem Hypophysentumor entsprechende Vertiefung und Verbreiterung der Sella. Auf Hypophysininjektionen verschwindet das Kältegefühl in den Händen, die Anfälle von Asphyxie und Synkope bleiben aus. Die Capillarspasmen sind nicht mehr zu sehen. Irgendwelche Anzeichen einer Akromegalie fehlten, Augenhintergrund normal. Pribram meint, daß der Hypophyse beim Zustandekommen des Raynaud ätiologische Bedeutung zukommt, bei dem es sich um eine hypophysenhormon bedingte Störung handle und empfiehlt, die Fälle von Raynaud auf die Hypophyse hin zu untersuchen. Die Vermutung, daß es sich um eine Tumordruckwirkung auf den Boden des 4. Ventrikels (cerebrales Vasomotorenzentrum) handelt, lehnt Pribram ab, da es sich nur um eine Constrictorenreizung, nicht aber um eine Dilatatorenlähmung handelt, und wegen des anfallsweisen Auftretens der Störungen. Von der Akromegalie sei der hypophysäre Raynaud völlig abzugrenzen.

Krambach (Berlin).

733. Löwenthal, Karl (Berlin), **Zur Pathologie der Zirbeldrüse: Epiphysäre Fettsucht bei geschwulstförmiger Entartung des Organs.** Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. **67**, 207.

An Hand eines einschlägigen, in seinem klinischen Verlauf exakt beobachteten und pathologisch-anatomisch genau durchforschten Falles entwickelt Verf. Grundsätze zur Pathogenese der epiphysären Fettsucht. Das Krankheitsbild unterscheidet sich sehr wesentlich von der auf Hypophysenentartung beruhenden Dystrophia adiposo-genitalis. Die Tatsache, daß das maligne Adenom in seinem Aufbau große Ähnlichkeiten mit der Epiphyse des Neugeborenen zeigte, berechtigt zu dem Schluß, eine zum mindesten quantitative Überfunktion epiphysären Gewebes als Ursache des klinisch sehr auffälligen Fettansatzes bei gleichzeitiger Hemmung des übrigen Stoffwechsels anzunehmen. Die frühzeitig diagnostizierten allgemeinen Hirndruck- und Herdsymptome (Pupillenstarre, Blicklähmung nach oben und unten) wiesen von vornherein auf eine Vierhügelerkrankung hin.

S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

734. Löwenthal, Karl (Berlin), **Der sogenannte Status thymicolymphaticus als selbständige Krankheit.** Jahrb. f. Kinderheilk. **9**', H. 1. 1920.

Ausführliche Darstellung eines Falles von allgemeiner Hyperplasie des lymphatischen Apparates und der Thymus bei einem 16 monatigen Kinde. Gleichzeitig bestand starke Dilatation und Hypertrophie beider Ventrikel sowie Rachitis des Schädels, der Rippen und Beine. Histologisch erwies sich die Hyperplasie als Einlagerung massenhafter lymphocytenartiger Zellen. Solche Zelleinlagerungen fanden sich auch in den Ventrikelwänden sowie im Nucleus caudatus und bereiteten in dieser ungewöhnlichen Lokalisation der Deutung große S hwierigkeiten. Verf. faßt die an abnormen Orten vollzogene Anlage lymphatischer Bildungszellen als eine Art Mißbildung auf. Es besteht nach seiner Ansicht im vorliegenden Falle eine allgemeine konstitutionelle Neigung zu Hyperplasie, die durch äußere Einflüsse (gute Ernährung) gefördert ist. Der sog. Status thymico-lymphaticus



ist lediglich Ausdruck einer quantitativen Hyperplasie normaler Gebilde, die durch exogene Momente gesteigert, besonders an ungewöhnlichen Orten zu echt krankhaften Störungen führen kann. Der Verf. ist auch geneigt, die Zellansammlungen im Corpus striatum mit dem bei seinem Fall klinisch beobachteten Fieber in Zusammenhang zu bringen.

S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

735. Löwenthal, Karl (Berlin), **Die Vereinigung von Interrenal- und Adrenalsystem zur Gesamtnebenniere. Die Nebenniere als einheitlich funktionierendes Organ.** Berl. klin. Wochenschr. 807. 1920.

Kritisches Referat über den gegenwärtigen Stand des Nebennierenproblems. Die anatomische Verknüpfung von Rinde und Mark fordert a priori die Einheit der Funktion. Während das Nebennierenmark als Bildungsstätte des Adrenalins seit langem bekannt ist, ist die Bedeutung der Nebennierenrinde erst in neuerer Zeit durch den Nachweis der Rindenlipoide, besonders des Cholesterins und seiner Ester in ihr hervorgetreten. Es handelt sich jedoch nicht etwa um eine Sekretion, sondern lediglich um eine Speicherung der Lipoide in der Rinde. Hierfür spricht nicht nur die physiologische Tatsache, daß die Schwankungen des Lipoidgehalts der Nebennierenrinde sekundär dem Lipoidhaushalt des Gesamtorganismus folgen, sondern auch die anatomische Anordnung der Blutgefäße, die darauf hinweist, daß in der Rinde in erster Linie Stoffe aus dem Blute entnommen werden. Die Nebennierenrinde ist geradezu als Stapelorgan der Cholesterinester aufzufassen. Nach einer besonders von Landau vertretenen Annahme ist ein Zusammenhang zwischen Lipoidreichtum der Nebennierenrinde und der Lipoidarmut des sympathischen Systems anzunehmen. Der Verf. tritt auch in eine Würdigung der zahlreichen anderen Theorien über den Wirkungsmechanismus der Nebennierenrinde und seine Korrelation zur Markfunktion ein. Er selbst vertritt auf Grund der experimentellen Untersuchungen über eine Schutzkörpereigenschaft des Cholesterins die Ansicht, daß die Rinde mit ihrem starkem Gehalt an entgiftenden Stoffen die Aufgabe habe, den Schutz des Markes, d. h. der ungestörten Adrenalinproduktion zu übernehmen. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

Epilepsie.

736. Redlich, E., Der gegenwärtige Stand der Epilepsiebehandlung. Wien. med. Wochenschr. **70**, 1161 u. 1214. 1920.

Fortbildungsvortrag. J. Bauer (Wien).

737. Klessens, J. J. H. M., Über die Differenz im Auftreten zwischen der sog. organischen und der genuinen Form der Epilepsie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **64** (II), 1883. 1920.

745 Fälle, unter welchen 445 genuine Epilepsie. Bei der organischen Form liegt die höchste Zahl der Anfang der Krankheit im ersten Lebensjahre, wonach die Kurve rasch und danach gleichmäßig abfällt. Bei der genuinen Form findet man eine Zunahme nach dem sechsten Lebensjahre, eine starke Zunahme im 12. und bei den weiblichen Kranken noch eine im 18. Lebensjahre. van der Torren (Castricum).



Paralyse. Syphilitische Geistesstörungen.

738. Adler, Ein weiterer Vorschlag zur Behandlung der progressiven Paralyse. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 25. 1920/21.

Adler will nach Abnahme des ganzen Schädeldachs (!) die Hirnoberfläche unmittelbar mit antisyphilitischen Mitteln behandeln. Müller.

739. Jakob und Kafka (Hamburg), **Die atypische Paralyse.** Med. Klin. **44**, 1123. 1920.

Klinisch gehören hierher vor allem Fälle mit Verkürzung der Latenzzeit, juvenile, infantile und senile Paralysen, galoppierende und stationäre Formen, sowie paralyseartige Störungen bei länger bestehender Tabes. Interessant ist die Aufdeckung parallel mit diesen klinischen Atypien verlaufender anatomischer Befunde. Bei den juvenilen Formen finden sich nicht selten Entwicklungsstörungen feinerer Art im Zentralnervensystem. Bei der senilen Paralyse, die klinisch viele Ähnlichkeit mit der senilen Demenz zeigt, findet sich anatomisch häufig eine auffallend geringe Beteiligung der Glia am Rindenprozeß. Bei der sog. galoppierenden Form herrschen entzündliche Veränderungen vor, im Gegensatz zu den Verhältnissen bei der stationären Paralyse, die klinisch oft als Katatonie imponiert. Es gibt Paralysen, die bei Vorherrschen gewisser Herdsymptome, motorisch-sensorischer Aphasie, Apraxie, bei bestehender Hemiplegie, langsamer Verblödung klinisch unter dem Bilde einer Hirnlues bzw. Arteriosklerose verlaufen. Anatomisch war dann häufig der paralytische Krankheitsprozeß weniger auf das Stirnhirn als auf die hintere Großhirnhälfte lokalisiert. — Unter den rein anatomischen Abarten interessieren besonders Kombinationen paralytischer und anderer syphilitischer Gewebsprozesse. Jakob sieht in dem Auftreten miliarer Gummen im Großhirn der Paralyse Versuche des Gewebes, den unspezifischen malignen diffusen Entzündungsprozeß in einen spezifischen benignen Granulationsprozeß umzuwandeln. Hier liegt nach Jakob das Prinzip und der Angelpunkt jeder Paralysetherapie. Für die Ausbildung der Paralyse ist letzten Endes der konstitutionelle Faktor entscheidend. Es kommt darauf an, ihn möglichst frühzeitig zu erkennen und therapeutischer Beeinflussung zuzuführen. — Den klinischen und anatomischen Betrachtungen fügt Kafka serologische Momente hinzu. Man kennt auch eigenartige Abweichungen bei Paralyse im Verhalten des Blutes und des Liquors den 4 Reaktionen gegenüber. Besonders zu erwähnen ist das gar nicht so seltene Vorkommen von stark positiver Wassermannreaktion im Liquor bei negativer Reaktion im Blut. Auch die Korrelation der 4 Reaktionen zeigt häufig gewisse Abweichungen in Richtung der für frische Gehirnsyphilis charakteristischen Anordnung analog dem klinischen und anatomischen Bilde. Eine klinisch und histologisch typische Paralyse mit negativen Blut- und Liquorreaktionen ist nie beobachtet worden. S. Hirsch (Frankfurt a. M.).

740. Gerstmann, Josef, Über die Einwirkung der Malaria tertiana auf die progressive Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 328.

An der Klinik Wagner-Jaureggs wurden weitere 44 Paralytiker mit Malariainfektion — im allgemeinen 1 ccm Blut im Anfall entnom-



men und subcutan injiziert — behandelt, und zwar wurde ein Tertianastamm bis zur 13. Generation von Paralytiker zu Paralytiker überimpft, ohne daß inzwischen eine Zwischenpassage stattgefunden hätte. 25 Fälle, bei denen der Erfolg schon zu beurteilen ist, werden ausführlich mitgeteilt. 7 Fälle blieben ungebessert, davon war bei vieren wegen ungünstigen körperlichen Befindens die Malariakur nicht bis zu Ende geführt worden (für gewöhnlich ließ man 8—12 Fieberanfälle ablaufen und behandelte darauf mit Chinin-Neosalvarsan). 7 Fälle zeigten volle Remission und Berufsfähigkeit, 6 boten eine unvollständige Remission im Serum unauffälliger, erst objektiv näher feststellbarer Defektreste, 5 wiesen auffälligere, aber selbständige Lebensführung im Hause nicht unmöglich machende Defektreste auf. Die Blut- und Liquorverhältnisse verhielten sich nicht parallel der klinischen Besserung, doch kann nach Wagner-Jaureggs Erfahrungen das Negativwerden der Reaktionen noch nach Jahr und Tag nachfolgen; auch ein weiteres Fortschreiten der Besserung längere Zeit nach der Behandlung wurde beobachtet.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

741. Mühlens, Weygandt und Kirschbaum, Die Behandlung der Paralyse mit Malaria- und Recurrensfieber. Münch. med. Wochenschr. **67**, 831. 1920

Die Arbeit enthält im wesentlichen die bereits Referate **22**, 95; 1920 wiedergegebenen Resultate. Die Verff. besprechen zunächst die Technik der Recurrens- und Malariaimpfungen. Es wurden infiziert: 20 mal Tertiana (15 mal + Impfungserfolg), 12 mal Tropica, darunter 2 mal nur Gameten (9 mal +) und 10 mal Recurrensblut (9 mal +). Nach einer kurzen Besprechung der Klinik der erzeugten Fiebererkrankungen und parasitologisch interessanten Bemerkungen wird kurz über den Einfluß der Fieberbehandlung auf die Paralyse berichtet. Es standen dabei zur Beurteilung 7 Tertiana-, 8 Tropica- und 6 Recurrensimpfungen. 6 von diesen Fällen konnten nicht mehr als Frühstadien bezeichnet werden, 4 davon starben. Über die weiteren Resultate ist in dem oben erwähnten Referat berichtet. Am besten eignen sich Tertianaparasiten für die Infektion. Die Verff. glauben nach ihren Erfahrungen empfehlen zu können, die Fieberinfektion bei Paralysen und vielleicht auch anderen Psychosen fortzusetzen.

R. Hirschfeld (Charlottenburg).

Verblödungsprozesse. Psychosen bei Herderkrankungen.

● **742. Lessing, Oscar, Innere Sekretion und Dementia praecox.** 63 Seiten. Verlag von S. Karger, Berlin 1921.

Nach einleitenden Betrachtungen über die Ursachenforschung in der modernen Medizin im allgemeinen und in der Psychiatrie im besonderen wird dargelegt, was wir über die Beeinflussung des Nervensystems durch die innere Sekretion wissen. Es folgen die Kapitel über die Beziehungen der inneren Sekretion zur Dementia praecox. Die Psychopathologie und die somatischen Krankheitserscheinungen der Dementia praecox werden unter diesem Gesichtswinkel erörtert. Weiterhin wird auf die Ergebnisse der experimentellen Forschung auf diesem Gebiete, auf die pharmakologischen,



serologischen und organo-therapeutischen Erfahrungen eingegangen. Der Autor faßt seinen Standpunkt in folgende Worte zusammen: „Die Störung der inneren Sekretion bei der Dementia praecox erscheint als eine mehr oder minder stark-ausgebildete Störung des gesamten, alle endokrin tätigen Organe umfassenden Apparates in dem Sinne, daß das innersekretorische Gleichgewicht verlorengegangen ist. Als kennzeichnend dafür wollen wir ansehen, daß die einzelnen Organe mannigfaltige Symptome der gesteigerten und herabgesetzten Leistung darbieten, die auch bei den betreffenden Organen selbst in verschiedenartiger Weise zeitlichem Wechsel unterliegen. Der beim Normalmenschen relativ stabile Gleichgewichtszustand des endokrinen Systems ist in ein äußerst labiles Gleichgewicht übergegangen, das den gesamten Krankheitsverlauf der Dementia praecox charakterisiert."

F. Plaut

743. Wolfer, L., Die somatischen Erscheinungen der Dementia praecox. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 267. 1920.

Die Beziehungen zwischen Dementia praecox und Tuberkulose stehen an erster Stelle. Daneben sind gewisse Innervationsstörungen zu beachten, die ebenfalls zum Teil beiden Krankheiten gemeinsam sind: Anisokorie, Schwankungen der Gefäßinnervation, Vagussymptome. Kretschmer.

Infektions- und Intoxikationspsychosen. Traumatische Psychosen.

● **744. Kleist, Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen.** Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Springer: Berlin 1920. Preis M. 18,—.

Das Problem der Disposition zu symptomatischer Erkrankung wird hier aufgeworfen. Kleist sah 1918/1919 14 und 1914/1915 5 Grippepsychosen. Er beobachtete die verschiedensten Zustandsbilder wie Dämmerzustände, Delirien, Halluzinosen, Verwirrtheitszustände, hyperkinetische Erregungen, Stuporen, Depressionen. Es waren 14 heteronome, 5 homonomaffektive Bilder nach der Kleistschen Nomenklatur. Das bestätigt Bonhoefers Lehre von den „exogenen" Prädilektionstypen, wenn auch die Zahl hier eine geringere ist als in der letzten Bonhoeferschen Zusammenstellung. Die 5 homonomen Influenzapsychosen sind ausschließlich Depressionen. Manische Zustände fehlen. „Die Influenza bevorzugt depressive Zustände und eine depressive Färbung aller Krankheitsbilder." Oft wurden bei den Influenzapsychosen neuritische Begleiterscheinungen gesehen, ein Fall war mit cerebralen Herderscheinungen verknüpft, ein Fall (Polyneuritis) wies Liquorveränderung auf. Die Zahl der psychischen Störungen ging der Ausbreitung und Schwere der Epidemie parallel. 8 Psychosen brachen während der Influenza aus, 11 Psychosen nachher. Die Dauer schwankte zwischen 3 Tagen und 6 Monaten; die langdauernden Psychosen überwogen. Die kurzen Verläufe überwogen bei den grippösen Psychosen, die langen bei den postgrippösen. Nach dem Ausgang betrachtet, dürfen die Influenzapsychosen als heilbare, gutartige Erkrankungen betrachtet werden. Einige histopathologische Ergebnisse lassen unterscheiden eine Mehrzahl von toxisch-infektiösen Encephalopathien und seltene diffuse infektiöse Meningoencephalitiden. Das vierte Jahrzehnt wurde am meisten betroffen:



fast sämtliche Patienten waren Frauen. In einem ausführlicheren Kapitel nimmt K. Stellung zur Frage der Veranlagung. K. glaubt aus seinen eigenen und fremden Beobachtungen den Schluß ziehen zu können, daß es eine spezifische Veranlagung zu Infektionspsychosen gibt, die vorzugsweise individuell, zuweilen aber auch familiär auftritt. Es gibt anscheinend getrennte Disposition zu Delirien, Verwirrtheitszuständen, hyperkinetischen Erregungen und Stuporzuständen. Man müsse daher auch eine „symptomatisch-labile" Konstitution anerkennen. Kritisch wäre zu der interessanten Arbeit K.s zu bemerken, daß das Material nicht sehr groß ist und daß in der Veranlagungsfrage noch intensivere Familienforschungen gemacht werden müssen, auch wäre über manche Diagnose noch zu diskutieren.

W. Mayer (München).

Psychogenie. Hysterie.

745. Allers, R., Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **60**, 281. 1920.

Mitteilung dreier hübscher Fälle aus dem Krieg, wo ungebildete Soldaten aus Rußland und Ungarn, einzeln ohne sprachlichen Konnex mit der Umgebung in Gefangenenlager oder Spital versetzt, an akuten vorübergehenden Psychosen mit Furcht vor Ermordung, Vergiftung, Halsabschneiden, gewaltsamer Zurückhaltung erkrankten. Verf. kommt zu dem Schluß: es gäbe bei sprachlicher Isolierung eine depressiv-ängstlich gefärbte paranoisch-halluzinatorische Reaktion, die mit den Haftpsychosen, insbesondere aber mit den psychogenen Störungen der Schwerhörigen, symptomatisch und dem pathogenetischen Mechanismus nach in eine Gruppe gehören dürfte, und die man vielleicht als den „Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten" bezeichnen dürfe. Kretschmer (Tübingen).

VIII. Unfallpraxis.

746. Gierlich (Wiesbaden), **Paralysis agitans und Trauma.** Med. Klin. **41**, 1054. 1920.

Mitteilung eines begutachteten Falles. Die starke Hypertonie der Beinmuskulatur sichert die Diagnose, während die übrigen Krankheitsanzeichen eine psychogene Störung wahrscheinlich machten. S. Hirsch.

● **747. Finkelnburg, Lehrbuch der Unfallbegutachtung der inneren und Nervenkrankheiten.** Bonn 1920, Marcus und Weber. Brosch. Preis M. 70,—.

Das Buch ist wichtig für jeden, der eine Gutachtertätigkeit hat. Es bringt eine unendliche Fülle von Material. Hier interessiert vor allem der neurologisch-psychiatrische Teil. Der neurologische Abschnitt ist, wie mir scheint, ziemlich erschöpfend; der psychiatrische ist etwas kurz geraten. Das Buch kann aber auf jeden Fall sehr empfohlen werden. W. Mayer.

748. Niemeyer, H., Annahme von Zusammenhang zwischen Unfall und Tod infolge kombinierter Strangerkrankung. Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. **5**, 308. 1920.

8. X. 1906 Trauma, doppelte Fraktur des rechten Femur, danach Erscheinungen traumatischer Neurose, Romberg und Reflexerhöhung, be-



sonders auf der rechten Seite, Remission, 1918 kombinierte Strangerkrankung mit negativen Liquorreaktionen, 1. VI. 1918 Exitus. van der Torren.

749. Schultze, Encephalo-Myelomalacie als Unfallfolge nach gewerblicher Vergiftung (Tetrachloräthan?). Berl. klin. Wochenschr. **57**, 941. 1920.

Bei einem 56jährigen Arbeiter entwickelte sich plötzlich ein organisches Nervenleiden, bei dem nicht nur die Pyramidenbahnen betroffen waren (linksseitige spezifische Lähmung, Spasmen beider Beine, Steigerung der Sehnenreflexe, beiderseitiger Babinski), sondern auch die Kleinhirnbahnen (statische Ataxie bei nur geringem Sensibilitätsausfall) ergriffen waren; ausgesprochene Jacksonsche Anfälle im Beginn. Der Patient war in einer Flugzeughalle tätig gewesen, in der Maler mit dem Lackieren von Flugzeugen beschäftigt waren. Multiple Sklerose, Arteriosklerose und Hitzschlag, woran wegen der ziemlich hohen Temperatur zu denken war, glaubt Verf. ausschließen zu können; er nimmt vielmehr an, daß es sich um eine chemische Schädigung des Nervensystems durch Tetrachloräthan, wie es bei der Herstellung des Flugzeuglackes verwandt wird, handle. Ähnliche gewerbliche Schädigungen sind schon mehrfach bei Arbeitern der Flugzeugindustrie beobachtet worden. Einen Beweis für seine Annahme erblickt Schultze auch darin, daß eine Reihe von Mitarbeitern gleichzeitig an unangenehmen Reizerscheinungen von seiten der Schleimhäute der Augen und Nase erkrankten, daß Patient selbst zu Beginn an blutigen Stühlen gelitten hatte, Erscheinungen, wie sie auch sonst bei Tetrachloräthanvergiftung aufgetreten sind. Möglicherweise kommt auch Tetrachloräthylen in Betracht. Schob (Dresden).

IX. Forensische Psychiatrie.

750. Kogerer, H., Der Fall Maria D. Ein Beitrag zur Frage des hypnotischen Verbrechens. Wien. med. Wochenschr. **70**, 2104. 1920.

Psychiatrische Aufklärung des Attentats auf Hofrat Wagner-Jauregg durch ein von einem „Hypnotiseur" gedungenes Medium. Bekanntlich mißlang der mit untauglichen Mitteln angestellte Mordversuch, da das Medium die mit Papier geladene Pistole nicht auf Hofrat Wagner richtete, während sie abdrückte. Es ist dies ein Beweis der von Wagner-Jauregg vertretenen Anschauung, daß die Hypnose die durch ethische Momente sich ergebenden Hemmungen nicht zu überwinden vermag. J. Bauer (Wien).

751. Pilcz, A., Feigheit vor dem Feinde. Psychopathische Minderwertigkeit. Fraglicher Geisteszustand. Wien. med. Wochenschr. **70**, 1117. 1920.

Ein aus nervöser Familie stammender Berufsoffizier, der schon früher wegen hysterischer Anfälle in militärärztlicher Behandlung stand, gab gelegentlich eines Gefechtes, in dem er zum Sturmangriff übergehen sollte, den Rückzugsbefehl, begab sich eigenmächtig in eine Sanitätsanstalt, von wo er unter der Diagnose „hysterisch-neurasthenischer Zustand" ins Garnisonspital abgeschoben wurde. Später versuchte er, eine Geistesstörung zu simulieren. Die untersuchenden Ärzte konnten keine scharf umschriebene Erinnerungslücke konstatieren und keinen Anhaltspunkt



dafür gewinnen, daß der Inkulpat die Handlung im Zustande der Sinnesverwirrung begangen hatte. Es lag nur die Angstreaktion eines krankhaft veranlagten Individuums vor. J. Bauer (Wien).

752. Pilcz, A., Mordversuch an der Ehefrau. Pathologischer oder physiologischer Affekt? Wien. med. Wochenschr. **70**, 2005. 1920.

Ein aus neurotisch schwer belasteter Familie stammender Mann schoß auf seine Frau, von der er sich nach kurzer, unglücklicher Ehe getrennt hatte, da sie sich weigerte, zu ihm zurückzukehren mit der Motivierung, sie liebe einen anderen. Das Gutachten über den Inkulpaten lautete dahin, daß dieser, ein psychopathisch Minderwertiger, die Tat in einer aus dem gewöhnlichen Menschengefühl entstandenen heftigen Gemütsbewegung begangen habe. Die Annahme eines sog. pathologischen Affekts im Sinne einer Sinnesverwirrung könne dagegen nicht aufrechterhalten werden, da der lückenlose, scharf umrissene Erinnerungsdefekt für die Vorfälle während des pathologischen Affekts sich nicht feststellen läßt.

J. Bauer (Wien).

X. Anstaltswesen. Statistik. Erblichkeitsforschung. Allgemeines.

753. Bonhoeffer, K., Die Psychiatrie und Neurologie in der Neuordnung des medizinischen Studiums. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **48**, 327. 1920.

Die in dem Vorschlage der Bevollmächtigten der Fakultäten und des Ärztevereinsbundes vom 31. X. 1920 vorgesehene Zahl von 3 Stunden während zweier Semester hält Verf. für nicht ausreichend, wenn die psychiatrisch-neurologische Ausbildung dem Studenten vor allem das Verständnis für die Bedeutung des Psychischen nicht nur innerhalb der Psychopathologie, sondern in der gesamten praktischen Medizin erwecken soll. Mit weniger als 4 Stunden ist nicht auszukommen, auch wenn man 2 Semester einsetzt. Besser als in die beiden letzten Semester ist die pychiatrisch-neurologische Ausbildung (bei 12—13 Studiensemestern) etwa in das achte bis zehnte Semester zu verlegen. Es ist nicht zweckmäßig, einen Teil der Praktikanten- und Famuluszeit bei der Nervenklinik oder in einer Anstalt abzuleisten. In der Prüfung ist an dem schriftlichen Protokoll über die Untersuchung eines Geisteskranken festzuhalten, im mündlichen Abschnitt aber nicht nur das Gebiet der „Irrenheilkunde", sondern das Gesamtgebiet der Nervenheilkunde heranzuziehen. Die Gründe, die seinerzeit zur Einführung von Praktikantenscheinen geführt haben, bestehen noch zu Recht. Lotmar (Bern).

754. Fried, Eugen, Zur Frage der sexuellen Aufklärung. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1121. 1920.

Fried tritt dafür ein, daß Ärzten, die die Ehefähigkeit von Brautwerbern zu begutachten haben, bei ihren Untersuchungen ihr Augenmerk der Richtung des Geschlechtstriebes der Untersuchten zuwenden, um zu vermeiden, daß Urninge sich mit sexuell normalen Mädchen verheiraten.

R. Hirschfeld (Berlin).



755. Hart, Über die Vererbung erworbener Eigenschaften. Berl. klin. Wochenschr. **57**, 654. 1920.

Hart ist der Meinung, daß eine „Vererbung erworbener Eigenschaften" sehr wohl vorkommt, da ohne diese die Entwicklung in der Phylogenese nicht erklärt werden könne. Eine unmittelbare äußere Veränderung des Keimplasmas, die sich forterben könnte, ist weder beim Menschen noch bei hochstehenden Tieren erwiesen. Vererbt werden können vielmehr nur solche erworbene Veränderungen des Körpers, mit denen zugleich eine Beeinflussung der die Entwicklung des Ganzen wie des Teiles treibenden und richtenden Kräfte verbunden ist. Maßgebend ist also nicht die einzelne mehr oder weniger scharf umgrenzte Veränderung des Somas, sondern die sie wie den ganzen Organismus samt den Keimzellen beherrschende innere Kraft, die unter äußerer Bewirkung steht und schafft. In früheren Arbeiten hat Verf. seiner Ansicht nach den Beweis erbracht, daß allgemein äußere Faktoren das endokrine System beeinflussen, zu einer mit mannigfacher morphologischer und funktioneller Abänderung seiner einzelnen Teilorgane verbundenen Um- und Neueinstellung führen und durch sie erst auf Wachstum, Gestaltung und Entwicklung des Organismus bestimmend wirken. Es findet also eine Umwandlung äußerer Kräfte in innere statt, und wir dürfen annehmen, daß diese Umwandlung eine ganz gesetzmäßige ist. Bei allen Tieren, die ein endokrines System oder Organe ähnlicher Bedeutung haben, besitzen zweifellos die endokrinen Organe in der Phylogenese eine nicht mindere Bedeutung wie in der Ontogenese; die Fortentwicklung der Arten hat sich zweifellos im wesentlichen durch die Vermittlung des endokrinen Systems vollzogen. Nur solche Einwirkungen vermögen zu einer vererbbaren Änderung des Organismus zu führen, die jene Allgemeinwirkung lange und intensiv genug bestimmen. Bei der Frage der Vererbung einer erworbenen Eigenschaft spielt diese selbst, soweit die ohne weiteres sicht- und feststellbare in Betracht kommt, eine ganz untergeordnete Rolle; maßgebend hingegen ist die innere Kraft, durch deren Vermittlung sie entstand. Schob (Dresden).

756. Baumann und Hussels, Der Reichsverband beamteter deutscher Irrenärzte. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 369. 1920.

Bericht über die auf der Gründungsversammlung am 12. Februar 1920 zu Halle a. S. besprochenen Standesfragen. Angefügt sind die Satzungen des Verbandes. Müller (Dösen).

757. Baumann und Hussels, Bericht über die Versammlung des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte zu Hamburg am 26. Mai 1920. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 92. 1920/21.

Eine ausführliche Wiedergabe der erörterten Fragen, aus welcher hervorgeht, daß der R.V. die Vertretung der Interessen des Standes sofort kräftig in die Hand genommen hat. Müller (Dösen).

758. Wattenberg, Der Achtstundenarbeitstag in der Heilanstalt Strecknitz. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 385. 1920.

Einer an die Behörde gerichteten gutachtlichen Äußerung, in der vor der Einführung des Achtstundentages für den Pflegebetrieb ernst gewarnt wird, folgt eine Darlegung der Nachteile, die sich nach der trotzdem erfolgten Ein-



führung tatsächlich ergeben haben, z. B. Beunruhigung der Kranken, Mängel der Berichterstattung und der Ausführung ärztlicher Verordnungen, Fehlen einer verantwortlichen, den Arzt unterstützenden Persönlichkeit, wogegen sich Arbeitsfrische und -freudigkeit durchaus nicht gehoben haben. — Eine gleichgesinnte Ausführung aus einem sozialdemokratischen Blatte ist beigefügt. Müller (Dösen).

759. Kolb, Der ärztliche Dienst in den öffentlichen Irrenanstalten. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 31. 1920/21.

Vorschläge zur Abhilfe der unbefriedigenden Stellung der Anstaltsärzte, u. a. Herabsetzung der Größe der Anstalten, Zuführung frischen Blutes an die Ärztekollegien, Fortbildung der Ärzte. Vor allem wird eine abgerundeter Plan zur Neugestaltung des ärztlichen Anstaltsdienstes gegeben, welcher neben fortschrittlichen Forderungen freilich auch manches Anfechtbare und nicht für alle Anstalten Passende enthält, z. B. über das „Ärztekollegium" und die Zuziehung von Kranken oder Angehörigen bei Disziplinarverfahren gegen das Pflegepersonal. Müller (Dösen).

760. Rein, Berufsvertretung und Standesvertretung. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 38. 1920/21.

Ein Vorschlag, wie getrennt von den Standesvereinen eine Berufsvertretung für allgemein psychiatrische Fragen, Ausbau der Irrenpflege, Irrengesetz u. dgl. gebildet werden könnte. Gegen eine übertriebene Bevorzugung der Direktoren vor den anderen Anstaltsärzten wendet sich der Verf. lebhaft. Müller (Dösen).

761. Becker, Der Gruppenplan der Besoldungsordnung im Reich und seine sachgemäße Anwendung auf die beamteten Irrenärzte. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 90. 1920/21.

Aufstellung eines Planes der Einreihung der einzelnen Stufen der Anstaltsärzte. Müller (Dösen).

762. Vollrath, Bemerkung zu den Rehmschen Vorschlägen. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 90. 1920/21.

Ablehnung des Vorschlages, an einer Anstalt mehrere „leitende Ärzte" zu bestellen. Müller (Dösen).

763. Müller, Stellung der Ärzte an Irrenanstalten. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 189. 1920/21.

Ausführungen gegen Rehms Vorschlag einer Mehrzahl von „leitenden Ärzten" an einer Anstalt und gegen Vollraths Befürwortung eines Verwaltungskollegiums. Eigenbericht.

764. Kolb, Inwieweit sind Änderungen im Betriebe der Anstalten geboten? Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 133. 1920/21.

Kolb hält es für ratsam, wünschenswerte Änderungen rechtzeitig zu besprechen, bevor von außen Forderungen kommen. Er bringt die Ergebnisse einer Rundfrage und bespricht eine Anzahl von Fragen des Anstaltsbetriebes, vor allem über das Pflegepersonal. Gegen die Einführung des Achtstundentags bzw. der dreischichtigen Arbeitszeit des Pflegepersonals führt er durchschlagende Gründe an. Sodann bespricht er den Ausbau der irrenärztlichen Tätigkeit, insbesondere für außerhalb der Anstalt lebende



Kranke. Zu beherzigen ist seine Mahnung am Schluß, dem Wert der Persönlichkeit bei Direktoren und Ärzten größte Beachtung zu schenken.
Müller (Dösen).

765. Eingabe der Krankenhausärzte in bezug auf die staatlich beabsichtigten Eingriffe in die Krankenhausbetriebe. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 139. 1920/21.

Ein Vorstoß gegen Einführung des Acht- bzw. Siebenstundentages in Krankenanstalten. Müller (Dösen).

766. Gebührenneureglung für psychiatrisch-forensische Gutachtertätigkeit. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 156. 1920/21.

Eine Eingabe der Kommission des Standesvereins an die Ministerien unter Angabe der gewünschten Taxe. Müller (Dösen).

767. Holub, Die Ärztefrage in den Irrenanstalten. Psych. Neurol. Wochenschrift **22**, 201. 1920/21.

Wenn auch vom Verf. die „subalterne" Stellung der Anstaltsärzte reichlich schwarz gemalt wird, so ist doch der Kernpunkt seiner Klage vollauf gerechtfertigt. Sein Vorschlag, den Anstalten durch Physikatskandidaten immer eine Anzahl jüngerer Ärzte zu verschaffen, würde dem Ärztekollegium wesentlichen Vorteil bringen, die abhängige Stellung der Abteilungsärzte aber nicht beheben. Ein Ausbau ihrer Selbständigkeit ist aber trotz Holubs Gegengründen sehr wohl möglich. Müller (Dösen).

768. Schweisheimer, W., Beethovens Krankheiten. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1473. 1920.

Beethovens Schwerhörigkeit ist auf eine Erkrankung des inneren Ohres zurückzuführen, deren Ursache nicht feststeht. Außerdem hatte er eine Lebercirrhose und eine mittlere Kurzsichtigkeit. Einige Monate vor dem Tode überstand er eine Lungenentzündung, an die sich eine schwere Verschlimmerung seines Leberleidens anschloß; eine Punktion des Ascites brachte nur kurze Linderung. Das Obduktionsprotokoll berichtet, daß die Hörnerven zusammengeschrumpft und marklos waren, ein ausgedehnter Ascites vorgefunden wurde und die Leber auf die Hälfte ihres normalen Volumens geschrumpft war. Krambach (Berlin).

769. Fehlinger, Geisteskranke und Schwachsinnige in den Vereinigten Staaten. Psych. Neurol. Wochenschr. **21**, 333. 1920.

Eine statistische Zusammenstellung. Müller (Dösen).

770. Martin, Die Pflege der Kranken, im besonderen der Geisteskranken und Aussätzigen, im Landeshospital Haina zu Ende des 16. Jahrhunderts. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 5. 1920/21.

Einblick in die Bemühungen einer früheren Zeit, mit Geisteskranken fertig zu werden. Unruhige werden „angeschlagen", Unsaubere über einen Bach in Kisten gelagert! Müller (Dösen).

771. Weygandt u. a., Die Entwicklung der Hamburger Irrenfürsorge, Friedrichsberg in der Gegenwart. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 49. 1920/21. Festschrift zur Jahresversammlung.

Einer Schilderung der Pflege- und Wirtschaftseinrichtungen der Anstalt folgt eine Besprechung der bedeutenden wissenschaftlichen Einrichtungen



und eine Aufzählung der von dort ausgegangenen zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten seit 1908. Auch der Angliederung der Anstalt als psychiatrischer Klinik an die Universität wird gedacht. Müller (Dösen).

772. Dehio, Dr. Albert Behr. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 73. 1920/21. Nachruf. Müller (Dösen).

773. Kluth, Beitrag zur psychiatrischen Krankenbewegung im Kriege. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 181. 1920/21.

Während der Kriegsjahre ist in der psychiatrischen Abteilung in Nürnberg die Zahl der Aufnahmen von Hysterischen und Pychopathen beträchtlich, von Senilen mäßig angewachsen, die von Alkoholikern bedeutend zurückgegangen. Müller (Dösen).

774. Friedländer, Das Schicksal der aus der Anstalt entlassenen Geisteskranken. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 186. 1920/21.

Daraus, daß bei einer Nachfrage nur ein Drittel bis ein Viertel der Entlassenen voll erwerbsfähig befunden wurde, dagegen fast zwei Drittel eine erhebliche soziale und wirtschaftliche Belastung darstellten, wird der Schluß gezogen, daß man mit Entlassungen vorsichtiger sein soll, um nicht die Gesunden zu belasten. Es hätte aber berücksichtigt werden sollen, daß eine Entlassung oft trotzdem großen Wert hat. Müller (Dösen).

775. Lenz, F., Zur Frage der Erblichkeit vagotonisch bedingter Krankheiten. Münch. med. Wochenschr. **67**, 1473. 1920.

Bemerkungen, die sich gegen irrige Voraussetzungen der gleichnamigen Arbeit von Heissen (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49; 1920) wenden. Die Annahme, daß bei Erblichkeit des Asthmas in der Mehrzahl der Fälle sich familiäre Manifestationen der exsudativen Diathese oder vegetativen Neurose nachweisen lassen müßten, trifft nicht für die Formen rezessiver oder polymerer erblicher Bedingtheit zu. — Die exsudative Diathese ist nicht sekundär begründet, sondern wird durch die Ernährungsstörungen nur manifest. Krambach (Berlin).

776. Kroemer, Zur Hundertjahrfeier der Provinzialheilanstalt Schleswig (Stadtfeld). Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 199. 1920/21.

Ein geschichtlicher Überblick. Bemerkenswert ist, daß der tüchtige Jessen wegen Meinungsverschiedenheiten in der dreigliedrigen Direktion das Feld räumte. Müller (Dösen).

777. Elmiger, Beobachtungen über schizophrene Heredität. Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 231. 1920/21.

Statistische Besprechung der einzelnen Arten hereditärer Belastung. 43% der Schizophrenen haben schon in der Jugendzeit auffallende Charakteranomalien geboten. Müller (Dösen).

778. Mathes, Ist ein aus der Anstalt versuchsweise entlassener Geisteskranker arbeitsfähig im Sinne der RVO? Psych. Neurol. Wochenschr. **22**, 281. 1920/21.

An der Hand eines Falles von Dementia praecox wird dargelegt, daß ein entlassener Geisteskranker, wenn er auch eine Zeit lang eine Dienststellung bekleidet, arbeitsunfähig im Sinne der RVO sein kann.

Müller (Dösen).



XI. Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München.

779. Weimann, Waldemar, Über einen atypischen, präsenilen Verblödungsprozeß. Sitzung vom 30. XI. 1920.

Von 3 durch Herrn Geh.R. Bonhoeffer freundlicherweise zur histologischen Untersuchung übersandten Fällen klinisch diagnostizierter „Alzheimerscher Erkrankung" zeigten 2 den typischen von Alzheimer beschriebenen Befund, der dritte dagegen ein vollkommen abweichendes, in verschiedener Hinsicht bemerkenswertes histologisches Bild. Über ihn wird daher kurz berichtet.

Der Pat., von Beruf Versicherungsbeamter, wurde 1912 in die Nervenklinik der Charité aufgenommen und starb dort 1916 im Alter von 47 Jahren. Er war mütterlicherseits schwer belastet. Seine Kindheit verlief normal, auf der Schule lernte er gut. Kein Abusus von Alkohol, Nicotin, nichts von Lues. Schon Jahre vor Beginn seiner Erkrankung klagte der Pat. über leichte Schwindelanfälle. Die eigentliche Krankheit setzte dann 1906 mit einer Wesensveränderung des Pat. ein; er wurde unordentlich, trank, bummelte herum, vernachlässigte seinen Beruf. Gleichzeitig ließ auch seine allgemeine psychische Leistungsfähigkeit, besonders seine Merkfähigkeit nach. Er mußte seinen Beruf aufgeben. Sprachstörungen und Symptome von Apraxie komplizierten von Anfang an das Krankheitsbild. Er sprach wenig und undeutlich, konnte komplizierte Worte überhaupt nicht mehr aussprechen. Beim Essen und Anziehen der Kleider war er ungeschickt. Diese Erscheinungen verschlechterten sich in den nächsten Jahren seiner Krankheit dauernd. Pat. wurde stumpf und teilnahmlos, verkannte auch seine Umgebung und war zeitweise desorientiert, wohl infolge seiner hochgradigen Merkfähigkeitsstörung. Gleichzeitig war er affektiv labil und reizbar. Auch die aphasischen und apraktischen Symptome wurden immer ausgesprochener. 1909 konnte Pat. nicht mehr schreiben, 1910 nicht mehr lesen. Beim Essen und Ankleiden wurde er immer ungeschickter und hilfloser. Außerdem war er auch unsauber.

In diesem Zustand erfolgte 1912 Aufnahme in die Psychiatrische Klinik der Charité. Somatisch und serologisch war der Befund absolut negativ. Es bestand motorische und amnestische Aphasie und eine Apraxie mit hauptsächlich ideatorischem, zum Teil aber auch ideokinetischem Charakter. Im übrigen war der Pat. stumpf und teilnahmlos. Nur traten öfter leichte, meist reaktiv bedingte Erregungen auf. $^1/_4$ Jahre später hatte die Aphasie erhebliche Fortschritte gemacht; es kamen jetzt auch sensorisch-aphasische Symptome hinzu. Die Apraxie wurde eine totale. Der somatische Befund war negativ. Im Liquor bestand leichte Lymphocytose und Opalescenz bei Nonne Ph. I. Der Wassermann war immer negativ. In den Jahren 1913—1916 verschlechterte sich der Zustand des Pat. dauernd. Die Verblödung wurde immer ausgesprochener, so daß schließlich die aphasischen und apraktischen Symptome in ihr aufgingen. Jetzt trat auch Neigung zu rhythmischem Aneinanderreihen sinnloser Silben und rhythmischen Bewegungen der Hände auf. Gewöhnlich lag Pat. stumpf und teilnahmlos im Bett. Doch kam es noch öfter zu spontanen, tobsuchtsartigen Erregungen. Seit Ende 1915 wurde das Krankheitsbild dann noch kompliziert durch eigenartige Bewegungsstörungen. Es waren 1. dauernde ziel- und zwecklose Pseudospontanbewegungen der Arme und Beine — der Rumpf nahm daran nicht teil —, die sich dabei in lebhafter Bewegungsunruhe befanden, und 2. kurze, ruckartige Zuckungen einzelner Extremitätenmuskeln, im allgemeinen ohne daraus resultierende erhebliche Lokomotionen, die zum Teil, besonders an den Zehen durch Langsamkeit und Nachdauer der Kontraktion einen myoklonusartigen Charakter hatten. Gleichzeitig stellte sich auch Muskelsteifigkeit der Beine ein. Im April 1916 starb der Pat. interkurrent an einer fieberhaften Lungenaffektion im Zustand tiefster Verblödung. Die Pseudospontanbewegungen hörten einige Zeit vor dem Tode auf, die myoklonusartigen Muskelzuckungen dagegen verstärkten sich an



den Extremitäten bis zum Tode, indem sie öfter zu kurzen, schnellenden Bewegungen einzelner Extremitätenteile führten, und griffen auch auf die Rumpfmuskulatur über.

Die Sektion ergab eine ausgeprägte Pachymeningitis int. pigmentosa über Konvexität und Basis des Gehirns, starkes Piaödem und eine chronisch-fibröse Leptomeningitis. Die Windungen des im allgemeinen stark verkleinerten Gehirns waren schmal, die Furchen weit und tief. Besonders akzentuiert war die Rindenatrophie am Temporalpol, im hinteren Teil des Parietallappen und in den Occipitallappen. Der Balken war stark atrophisch und abgeplattet. Es bestand ein erheblicher Hydrocephalus internus. Die Arterien an der Basis waren frei von arterioskl rotischen Veränderungen. Die Sektion der übrigen Organe ergab die bei Kachexie üblichen Befunde. Eigentliche Todesursache war eine Bronchopneumonie beider Unterlappen.

Das Gehirn wurde damals in toto in Formol konserviert und jetzt erst 4 Jahre später weiter zerlegt. Außer den früheren Befunden wurde dabei auch eine starke Atrophie der Inselrinde und Sklerose des Ammonshorns gefunden. Auch die grauen Massen der tieferen Hirnteile einschließlich des Rückenmarkes waren reduziert, die gliöse Wandschicht der Seitenventrikel stark verdickt. Sehr auffällig war das Verhalten der Gefäße, besonders in den Stammganglien und im Kleinhirnmark, aber auch im Centrum semiovale. Sie ragten über die sich dadurch rauh anfühlende Schnittfläche hervor und ließen bei Lupenvergrößerung eine opak-glasige Zone, das Gefäßlumen umgebend, erkennen.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt nun 3 nur indirekt miteinander zusammenhängende Krankheitsprozesse, nämlich eine besondere Form d r Rindendegeneration, diffuse arteriosklerotische Veränderungen der kleinen Arterien und Präcapillaren und ei en eigenartigen, sich über das ganze Zentralorgan erstreckenden Verkalkungsprozeß.

Die Pia zeigt den für chronischen Leptomeningitis typischen Befund. Teilweise ist es in ihr zur Ansammlung zahlreicher lipoide Abbaustoffe enthaltender Makrophagen gekommen. Die Rinde ist verschmälert, die Zahl der Ganglienzellen stark vermindert; die Rindenarchitektonik ist jedoch nirgends gestört. Die Erkrankung der Ganglienzellen ist besonders in der II. und III. Brodmannschen Schicht lokalisiert, während sie in den unteren Rindenschichten weniger stark ausgeprägt ist. Es handelt sich dabei um eine Mischform von Nissls chronischer Zellerkrankung und Pigmentatrophie. Sie ist hier besonders in den oberen Rindenschichten rasch verlaufen und hat zum Untergang zahlreicher Elemente geführt, die als kleine dunkle, unregelmäßige Kerne mit noch anhaftenden, ausgefransten, wabig veränderten Plasmaresten in Erscheinung treten. In den unteren Rindenschichten treten diese Ganglienzellveränderungen wie erwähnt stark in den Hintergrund. Viele Elemente, besonders die der V. Schicht, sind dort normal oder zeigen nur geringe Vermehrung ihres normalen Lipoides. Die Alzheimersche Fibrillenerkrankung sieht man nur an ganz vereinzelten Exemplaren der oberen Zellschichten im Cortex. Drusen fehlen vollkommen. Die Markfaserausfälle sind diffus. Außer vollkommener Zerstörung der Tangentialfaserschicht und des supraradiären Geflechtes sind auch die Markradien der Rinde rarefiziert und das Mark in den einzelnen Windungen ist verschmälert. Zur sekundären Degeneration einzelner Fasersysteme ist es nicht gekommen. Die abbauende Tätigkeit der Glia ist sehr stark ausge-



prägt. Die Abbaustoffe sind meist lipoider Natur, der Abbautypus ist der IV. von **Alzheimer**, bei dem allein die fixen Gliazellen den Abbau besorgen. In der II. Schicht ist es im ganzen Cortex streckenweise zum „Status spongiosus" gekommen, indem, wohl infolge schnellen Untergangs von Nervenparenchym, die reparatorische Gliawucherung nicht Schritt halten konnte (Spielmeyer). Noch stärker ausgeprägt ist derselbe im Ammonshorn, und zwar in der den Gyrus dentatus umgebenden weißen Substanz, die hier wie auch sonst vom Degenerationsprozeß besonders betroffen ist. Die am stärksten atrophischen Windungen werden schließlich durch eine enorme Gliafaserwucherung vollkommen sklerosiert. Die Art der Faserwucherung entspricht mehr den Befunden bei entzündlichen Rindenprozessen wie z. B. der Paralyse, wegen der Bildung besonders dicker und knorriger Gliafasern. Dem Befunde bei der Paralyse entspricht auch ein enormes Einwuchern der Randglia in die Pia, hier jedoch sicher nicht auf entzündliche, sondern vielleicht mehr statisch-mechanische Momente zurückzuführen (Spielmeyer).

Die arteriosklerotischen Gefäßveränderungen in der Rinde bestehen hauptsächlich in Hyperplasie ihrer Wandungen mit Neubildung kollagener Elemente und Imprägnation adventitieller Belgur-Fasern mit minderwertigem Elastin. In den übrigen Teilen des Zentralorgans ist es außerdem zu hyalinisierenden Prozessen in den Wandungen fast aller kleineren Arterien und Präcapillaren gekommen, besonders stark im Rückenmark, wo zum Teil die Gefäße durch diese hyaline Wandverdickung total verschlossen sind.

Beim Verkalkungsprozeß handelt es sich um Kalkablagerung frei im Gewebe und in den Lymphbahnen der Gefäßwandungen.

In der Großhirnrinde sieht man überall den Kalk, welche Hirngegend man auch auswählt, in Forn zahlreicher mit Hämatoxylin intensiv gefärbter rundlicher Körnchen. Sie sind unregelmäßig über alle Schichten des Cortex verteilt, am zahlreichsten in den mittleren Schichten. Zum großen Teile liegen sie frei im Nervenparenchym, daneben aber auch sehr häufig in den adventitiellen Lymphscheiden der Rindengefäße, in letzteren dann meist zu traubig-knolligen Gebieten zusammengesintert. Frisch erscheinen sie als opake, matte Scheiben mit feinster konzentrischer Schichtung und häufig mit einem Kern, der dann von einer oder mehreren Schalen umgeben ist. Sie geben keine Kalkreaktion mehr, offenbar dadurch, daß der Kalk in ihnen durch die jahrelange Formalinfixierung aufgelöst ist, ein nicht ungewöhnlicher Vorgang. In den Lymphscheiden der Gefäße werden diese Kalkkonkremente oft von dicken, sich ihnen eng anschmiegenden Bindegewebsfibrillen umgeben, vielleicht eine Art Abkapselungsvorgang. Diese Kalkkonkremente sind über die ganze Hirnrinde verteilt, aber nicht in irgendeiner Abhängigkeit von der Stärke des Degenerationsprozesses. In den besonders stark atrophischen und sklerosierten Windungen fehlen sie fast vollkommen. Auch in allen übrigen Gebieten des Zentralorgans bis hinab zur Brücke findet man solche Kalkkörnchen in der für die Großhirnrinde beschriebenen Verteilung.

Außerdem besteht nun aber noch eine andere Form der Kalkablagerung in den Gefäßwänden der Arterien, Venen und Capillaren. Dieselbe beginnt



zuerst mit einer Ausfällung zahlreicher feiner Kalkkörnchen in den adventitiellen Lymphräumen. Sie liegen zuerst einzeln, sintern dann aber zu größeren Kalkschollen zusammen, so daß schließlich der ganze enorm erweiterte Lymphraum von einer zusammenhängenden Kalkmasse erfüllt ist. In diesem Stadium der Verkalkung findet man fast alle Arterien des Hemisphärenmarkes. Die Venen sind oft ganz frei davon oder enthalten nur einzelne Kalkkörnchen im adventitiellen Lymphraum. An einzelnen Arterien ist auch im Hemisphärenmark schon die Verkalkung auf die Media übergegangen, indem auch in ihren Saftbahnen feine Kalkkörnchen ausgeschieden sind. Auch die Piagefäße sind über dem ganzen Pallium von der Verkalkung ergriffen, und häufig setzt sich auch in ihnen schon die Verkalkung in die Media hinein fort. Ganz gewaltige Ausdehnung hat diese Gefäßwandverkalkung in den Großhirnganglien und im Kleinhirnmark, wo ja überhaupt die Gefäße für allerlei Erkrankungen prädisponiert sind. Hier sind durch totale Verkalkung von Adventitia und Media die Gefäßwände in kompakte Kalkzylinder verwandelt. Die Intima solcher Gefäße ist häufig, wohl durch Störung der Lymphzirkulation, ödematös gequollen, das Lumen dann stark verengert. Auch in der ödematösen Intima schlagen sich dann häufig noch feine Kalkkörnchen nieder. Im Elasticapräparat ist an solchen hochgradig verkalkten Gefäßen die Aufsplitterung der elastischen Membran in ihre einzelnen Lamellen durch den in ihren Saftbahnen abgelagerten Kalk sehr deutlich. Die Wände der Capillaren enthalten allenthalben in Reihen angeordnete Kalkkörnchen. In den Stammganglien, im Kleinhirn und Ammonshorn ist diese Capillarverkalkung aber so ausgedehnt, daß die diffus mit Kalk imprägnierten Capillarwände das Capillarnetz wie auf einem Injektionspräparat hervortreten lassen. In der Molekularschicht des Kleinhirns tritt diese Capillarverkalkung mehr herdförmig auf.

Was den physiologischen Vorgang bei dieser Kalkausscheidung betrifft, so nahm man früher mit Virchow meist Kalkmetastasen an. Doch konnten damit viele Fälle nicht erklärt werden. Jetzt sind durch die Untersuchungen Hofmeisters auch diese Fälle unserem Verständnis nähergebracht. Hofmeister nimmt bei dieser Art der Verkalkung, die er zu den „dystrophischen" rechnet, an, daß zuerst ein Eiweißkörper ausfällt, der als „Schutzkolloid" den Kalk in Lösung gehalten hat, und jetzt als „Kalksalzfänger" wirkend die Kalksalze aus der Gewebslymphe an sich reißt, die dann in ihm und auch frei in der Lymphflüssigkeit durch Kohlensäureverarmung derselben infolge ungenügenden Stoffwechsels im degenerierten Gewebe und träger Lymphströmung sich niederschlagen. So findet man diesen eigenartigen Verkalkungsprozeß bei allerlei mit Degeneration von Nervenparenchym einhergehenden akuten und chronischen Erkrankungen der Zentralorgane, z. B. Tumoren, Linsenkernerweichung bei CO-Vergiftung, Athétose double, Encephalitis interstitialis infantum (Schmincke), Paralyse, Idiotie usw., allerdings in solcher Ausdehnung wie hier selten.

Was die Beziehungen des eigentlichen Degenerationsprozesses zum Verkalkungsvorgang betrifft, so wird letzterer meist als sekundär aufgefaßt. Dafür spricht auch hier alles. Denn irgendwelche herdförmige Degenera-



tionen um stark verkalkte Gefäße fehlen vollkommen. Allerdings wird natürlich dadurch der Verkalkungsprozeß den Degenerationsprozeß beschleunigen, daß durch ihn der Stoffwechsel im erkrankten Parenchym weiter verschlechtert wird.

Ähnlich steht es mit den Beziehungen des Verkalkungsprozesses zu den arteriosklerotischen Gefäßveränderungen. Ein Parallelismus besteht, wie die histologische Untersuchung deutlich zeigt, zwischen ihnen nicht. Aber die arteriosklerotischen Gefäßwandveränderungen haben sicher durch Stoffwechselherabsetzung und Störung der Lymphströmung in den vasculären Lymphbahnen die physikalisch-chemischen Bedingungen für die Kalkausscheidung begünstigt.

Also das klinische Bild der schweren Verblödung ist hier vollkommen erklärt durch die Kombination des Rindenprozesses mit den arteriosklerotischen Gefäßveränderungen und dem ausgedehnten Verkalkungsvorgang, die beide in jeder Hinsicht ersteren beschleunigen und befördern mußten. Was das anatomische Substrat der eigenartigen, kurz vor dem Tode aufgetretenen Bewegungsstörungen betrifft, so sind die Pseudospontanbewegungen wohl als komplizierte, psychische Störungen aufzufassen, dagegen die myoklonusartigen Muskelzuckungen vielleicht durch die schwere Capillarverkalkung in den Stammganglien hervorgerufen.

Diskussion: Dürck: Ich habe vor einer Reihe von Jahren einen Fall beobachtet und beschrieben, der dem soeben von Weimann mitgeteilten in mancher Beziehung nahestehen dürfte. Es handelte sich um einen 19jährigen Menschen, der sich wegen Idiotie in der psychiatrischen Klinik in Jena befand und bei dem der Verblödungsprozeß schon in jugendlichem Alter eingesetzt hatte. Ähnlich wie im Weimannschen Fall stand auch hier eine sehr ausgebreitete Verkalkung im Vordergrund. Diese war auf eine Hemisphäre beschränkt, hier aber so stark ausgebildet, daß das Gehirn nicht mit dem Messer durchschnitten werden konnte, sondern zersägt werden mußte; mikroskopische Schnittpräparate konnten erst nach vorgenommener Entkalkung (mit schwefliger Säure) ausgeführt werden. Die Verkalkung hatte auch hier hauptsächlich die Gefäße befallen, welche alle Grade von feiner staubförmiger Kalkablagerung bis zu völliger kompakter Wandverkalkung zeigten. Daneben hatte aber auch eine ausgedehnte Ablagerung von geschichteten Kalkkonkrementen in Mark und Rinde bis zu großen, riffartigen Gebilden stattgefunden. In der kontralateralen, sehr verkümmerten Kleinhirnhälfte war die Verkalkung hauptsächlich auf die Purkinjeschen Zellen beschränkt, die sich im Hämatoxylinpräparat bis in ihre allerfeinsten Dendritenausläufer verkalkt erwiesen und hier wie versilbert aussahen. Als Ursache des Prozesses habe ich damals eine diffuse Angiombildung über der ganzen Großhirnhemisphäre angesehen, welche die Hirnhälfte moospolsterartig umgab und welche zweifellos den Lymphabfluß stark behinderte. Ich möchte aber heute daran zweifeln, ob diese mächtige Gefäßentwicklung wirklich das Primäre gewesen ist. Übrigens können sich ausgedehnte Gefäßwandverkalkungen im Gehirn manchmal in erstaunlich kurzer Zeit entwickeln. So habe ich unter der Zahl der von mir untersuchten Fälle von sog. Encephalitis lethargica, bzw. choreatica in der Hälfte aller Fälle eine mehr oder minder starke Gefäßwandverkalkung gesehen, die manchmal auf einzelne Gebiete beschränkt, z. B. nur im Nucleus dentatus des Kleinhirns oder im Thalamus entwickelt, manchmal mehr diffus nachweisbar ist.

Schmincke: Von den Ausführungen des Vortr. waren mir, abgesehen von denen über die Verkalkungsprozesse im Gehirn, die ich in prinzipiell gleicher Weise bei Encephalitis lethargica und Encephalitis neonatorum Virchow feststellen konnte, von besonderem Interesse die Bemerkungen über die Wucherungen der Glia in die weiche Hirnhaut, welche Vortr. entsprechend einer von Spielmeyer



geäußerten Ansicht als durch funktionell-mechanische Momente ausgelöst, ansieht. Diese Auffassung ist mir sehr sympathisch, insofern als ich schon immer der Ansicht war, daß die Glia funktionell statischen Gesetzen unterliegt und bei entsprechend veränderter mechanischer Beanspruchung eine Veränderung ihrer Struktur erleiden kann.

Spielmeyer: Die Zustimmung Schminckes zu unserer Auffassung, daß statische Momente bei dem Vorsprossen der Gliabüschel in die Pia wirksam sind, ist uns sehr wichtig. Wir sehen solche Gliafaserzüge in der Pia übrigens auch bei degenerativen Folgezuständen im Kleinhirn nach primärer Großhirnerkrankung (kontralateraler Kleinhirnatrophie nach Hemisphärenschwund am Großhirn), also bei Vorgängen, die mit sog. Reizerscheinungen sicher nichts zu tun haben. — Wo man den von Weimann beschriebenen degenerativen Prozeß einreihen soll, ist heute noch unklar. Wir kennen eine ganze Reihe von schweren Rindenatrophien, aber inwieweit diese zusammengehören, ist noch nicht zu entscheiden, zumal wir es im Weimannschen Falle mit einem Endzustand bzw. einem weit vorgeschrittenen Prozeß zu tun haben; und in den schließlichen Defekten sehen sich ja viele Krankheiten ähnlich. Auch dieser Prozeß zeigt uns nichts davon, daß es in der Rinde Systemerkrankungen gibt. Es besteht natürlich kein Zweifel, daß bestimmte Prozesse ihren Sitz vorzugsweise in bestimmten Schichten haben, aber eine systematische Beschränkung auf einzelne Laminae haben wir weder in Weimanns Falle noch in frischen und alten primären Erkrankungen des Rindenparenchyms gefunden (Demonstration entsprechender Präparate).

Kraepelin ist vom Standpunkt des Klinikers über die Tatsache erfreut, daß der vom Vortr. berichtete Fall nicht den anatomischen Befund der Alzheimerschen Krankheit geliefert hat. Die bisher beobachteten und anatomisch bestätigten Fälle dieses Leidens haben im ganzen ein so gleichförmiges Krankheitsbild dargeboten, daß es im Leben kaum zu verkennen ist. Der berichtete Fall weicht aber in einer Reihe von Punkten von diesem gewöhnlichen Bilde wesentlich ab. So scheint vor allem die Sprachstörung, in der die Aphasie überwog, nicht gerade dem eigenartigen Zerfall der Sprache in taktmäßig wiederholte, sinnlose Silben entsprochen zu haben, wie wir sie bei der Alzheimerschen Krankheit zu sehen pflegen. Ferner beobachten wir hier schon früh ausgeprägte Muskelspannungen, und wir sehen, daß die affektive Anregbarkeit in ganz auffallender Weise bis in die letzten Abschnitte der Krankheit bei tiefster Verblödung fortbesteht. Eine Lymphocytose haben wir in unseren Fällen niemals beobachtet. Unter diesen Umständen gehörte der Kranke jedenfalls nicht zu der bekannten Gruppe, die in dem Alzheimerschen Krankheitsbilde zusammengefaßt wird. Selbstverständlich müssen wir darauf gefaßt sein, daß der gleiche Befund vielleicht auch bei anders gestalteten klinischen Bildern einmal festgestellt wird.



Sachregister.

Abbaukrankheiten des Nervensystems 330.
Abderhaldensche Reaktion 158, 161.
Aceton i. d. Cerebrospinalflüssigkeit 162.
Acusticusgeschwulst 257.
Addisonsche Krankheit 310, 342.
Aderhautgeflechte 284.
Aderlässe bei Psychosen 151.
Adipositas dolorosa 310.
Adrenalin 215, 291.
Ärztebriefe aus vier Jahrhunderten 96.
Ärztliches Denken 126.
— Handbuch 51.
Agrammatismus 258.
Alkoholforschungsinstitute 194.
Alkoholeinspritzungen in Gasserscher Ganglion 149.
Alkoholiker, schizoide 327.
Alkoholismus 143, 194.
Alopecia congenita 155.
Alzheimersche Krankheit 83.
Ammonshorn 115.
Ammonshornveränderung 208.
Amnesie infantile 309.
Amputation nach Sauerbruch 291.
Amputationsstümpfe 328.
Amyostatische Symptome 36.
Anämie, perniziöse 146, 232.
Anämische Spinalerkrankungen 207.
Anaphylaxie 214, 292.
Anatomie des Gehirns 4.
— des Nervensystems 5.
— pathologische 207.
— und Psychiatrie 205.
— des Rückenmarks 4.
Anfälle, kleine gehäufte bei Kindern 46
Angst 299.
Anstaltswesen 98, 100, 193, 351, 352, 353, 354.
Antitoxisches Serum 245.
Antitryptisches Vermögen 161.
Aorta, Spirochäten in der 265.
Aortenaffektion 57, 332.
Aphasie 16, 257.
Apraxie, Rückbildung von 168.
Arbeitskurve 306.
Armbewegung 21.
Armlähmung, proximale 133.
Arsen 311.
Arsenobenzol 132.
Arzt als Erzieher 150.
Aschnerreflex 130.
Assoziationselement 219.
Assoziationsexperiment 15.
Assoziationsversuche an Hirnverletzten 124.
Asthma 77.
Athetose 54.
Auge 22, 60.
— Lues 334.
Augenerkrankung bei Grippe 74.
Augenmuskellähmungen 333.
Augenhintergrund 29, 251.
Augenlider 43.
Augensymptome bei Enceph. leth. 260.
Autochthone Ideen 327.
— Psychose 48.
Autonome Nervensystem 214, 293.
Autopsychose 327.

Babinski 135.
Bakteriologie 61, 73.
Bakteriologische Untersuchung bei Encephalitis leth. 169.
Báranyscher Zeigeversuch 316.
Basedow 50, 56, 247.
— Röntgenbestrahlung 330.
Bauchhöhlengeschwulst 310.
Bauchmuskellähmung 33.
Beckenabscesse 315.
Beethovens Krankheit 353.
Behr, Alb. 354.
Berufseignungsprüfung 20.
Bewegungsempfindlichkeit des Auges 22.
Bewegungsstörungen 28, 31, 321.
— extrapyramidale 309.
Bewußtseinserlebnisse 21.
Beziehungswahn, sensitiver 237.
Bildnerei der Geisteskranken 277.
Binetscher Linienfallversuch 299.
Binet-Simonsche Prüfung 304.
Biologie des Denkens 298.
Blasentetanie 52.
Blastomykose des Gehirns 108.
Blindwerden, intermittierendes 137.



Blutbefunde 62.
Blutdruck 223.
Blutdrüsensklerose 342.
Blutforschung 62, 162.
Blutkörperchen, rote 254.
Blutung im Stirnlappen 34.
Blutuntersuchungen 63.
Blutsverwandtschaft 97.
Bogengänge, vertikale 59.
Brückenwinkelgeschwülste 311.
Brustsegment 34.
Bulbäre Herderkrankung 315.
Bulbärparalyse, progressive 233.

Caries der Wirbelsäule 313.
Carotisligatur 317.
Carcinommetastasen im Gehirn 238.
Cauda-equina-Tumoren 150.
Cerebrale Herderkrankungen 167.
— Stigmen 124.
Cerebrospinalflüssigkeit 162.
Charakter und Geisteskrankheit 143.
Charakterkunde 223.
Chiasmaabscess 333.
Chirurgische Anatomie des Zentralnervensystems 329.
Cholelithiasis 34.
Chorea 54.
— chronische 321.
Choreatische Encephalitis 209, 259.
Cluniitis superior 231.
Cocainismus 84.
Crises clitoridiennes 232.
Crotalinbehandlung bei Epilepsie 177.
Cutanreaktion, diagnostische 239.

Dämmerzustände 142.
Deformitäten nach Nervenverletzung 331.
Degenerationspsychose 48, 184, 185, 326.
Degeneratives Irresein 326.
Dementia praecox 83, 239, 273, 346, 347.
Denken 298.
— ärztliches 126.
Denkpsychologie 217.
Depression 326.
Depressionszustände 238.
Desinfektion des Gehirns 246.
Diabetes insipidus 172, 310.
— mellitus 175.
— und Psychose 148.
Diagnostik 97, 126.
— cutane 57.
— psychiatr. 44.
Diathermie 247.
Differentialdiagnostisches 313.
Dipsomanie 276.
Dipsomanen, hereditäre Belastung der 193.
Dystrophia adiposo-genitalis 261.
Dystrophia genitalis 174.
Dystrophia musculorum 319.
— myotonica 132, 138.

Ehescheidung 191.
Eheschließung 97.
Eignungsprüfungen 126.
Eingeborenenpsychose 237.
Eiweißumsatz 215.
Ekstase 297.
Elektrargolinjektionen 246.
Elektrodiagnostik 231.
Elektrodiagramm 50, 59.
Elektropathologische Versuche 291.
Elektrotherapie 9.
Empfindungsstärke 220.
Encephalitis 3.
— choreatica 74, 209, 259.
— epidemica 281, 286, 287, 338, 339, 340, 341.
— haemorrhagica 339.
— infektiös-toxische 3.
— interstitialis, Virchow 282.
— ohne Lethargie 72.
— lethargica 72, 73, 74, 75, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 183, 259, 260, 283, 287.
— — beim Säugling 172.
— der Linsenkerne 339.
— Pathologie der 339.
Encephalomyelitis u. Grippe 338, 340.
Encephalo-Myelomalacie 349.
Encephalomyelomeningitis typhosa 26.
Enchondrome 284.
Entartung 278.
Entbindungslähmungen 233.
Entmündigungsordnung 98.
Entwicklungsmechanik 287.
Entwurzelung 280.
Entzündung 112.
Enuresis 34, 52.
Eosinophilie 61, 62.
Epilepsie 78, 79, 80, 115, 177, 208, 263, 264, 265, 331, 344.
Epilepsieartige Krämpfe 215.
Epilepsiebehandlung 344.
Epilepsie, experimentelle 291.
— genuine im Kindesalter 176.
— Gliastrauchwerk bei 78.
— nach Kopfschuß 78.
— -Tetanie 25.
— und Unfallbegutachtung 263, 264.
— Krämpfe 177.
Epithelkörperchenimplantation 341.
Erbliche Krankheiten 192.
Erblichkeitsforschung 97, 99, 354.



Erblichkeit vagotoner Krankheiten 279.
Erblindungen, akute 250.
— hysterische 290.
Erfinder 15.
Ergogramme 20.
Ernährungssystem der nervös. Zentralorgane 113.
Erotische Wiedergeburt 276.
Ethmoidaliskopfschmerz 318.
Eugenetik 97.
Exostosen 57.
Experimentelle Epilepsie 291.
Extrapyramidale Bewegungsstörungen 309.
Extrasystolie 334.

Facialislähmung 231.
— und Grippe 72.
Facialisphänomen im Säuglings- und Kindesalter 311.
Farben, Wahrnehmung der 303.
Farbschwelle 10.
Fingergrundgelenkreflex 318.
Fleckfieber 3.
Forceps 337.
Forensische Psychiatrie 95, 189, 191.
Forensisches 58, 69, 98.
Forschungsanstalt für Psychiatrie 101, 195.
Fugue, Psychopathologie der 147.
Furchtzustände 95.
Fußgeschwür, neuropathisches 244.
Fußsohlenmuskulatur 131.
Fußsohlenreflexe 245.

Ganglion ciliare 207.
— Gasseri 51.
Ganglioneurom 284.
Gallenwege 7.
Galvanische Reaktion 223.
Galvanopalpation 58.
Gangveränderungen 136.
Gaumensegelkrämpfe 334.
Gassersches Ganglion, Alkoholeinspritzung 149.
Geburtshilfe 275.
Gedächtnisforschung 125.
Gedächtnispathologie 257.
Gedächtnisstufen 303.
Gedankenentwicklung 124.
Gefäßerkrankung 60.
Gefäßreaktionen 332.
Gefäßversorgung 206.
Gehirn 4, 108, 209.
Gehirnblutungen 5.
— Desinfektion des 246.
— Fremdkörper 258.
— eines Hundes 281.
Gehirn eines Wunderkindes 66.
— mechanische Schädigung 112.
Gehirnödem nach Neosalvarsan 328.
Gehirnverletzte, Arbeitskurve bei 306.
Geistesentwicklung 18.
Geisteskranke 277.
— Bildnerei der 277.
Geisteskrankheit und Charakter 143.
— und Kubismus 277.
Geistesstörungen 44.
Geisteskrankheiten, Ursache der 142.
— und Krieg 323.
Geistige Arbeit 223.
— Gesundheit 53.
Gelenkerkrankung 58, 333.
Genitalneurosen 87.
Geschlechtsleben 8.
— der Naturvölker 275.
Geschwülste des Brückenwinkels 311.
— heterotope 284.
— der Hypophysis 327.
Geschwulst in der Bauchhöhle 310.
— des Rückenmarks 114.
Glandula thyreoidea 341.
Gliastrauchwerk 78.
Gliawucherung 5.
Gliederschwund nach Nervenschuß 320.
Gliome 284.
Gicht, latente 232.
Gifte 11.
Giftwirkung 290.
Granatcommotion 84.
Granatexplosionsneurose 222.
Grippe 72, 74, 75, 171, 232, 252, 260, 267, 338.

Halluzinationen 119.
— hysterische 290.
Halsmark 24.
Handvorderarmreflexe 318.
Harnretention, tabische 52.
Hauthyperästhesie bei Encephalitis 259.
Hautläsionen 186.
Hautreflexe 293.
Hautveränderungen 310.
Heilpädagogische Behandlung 307.
Hemiatrophia facialis progressiva 135, 309.
Hemiplegische Lähmung 29, 30.
— — Prädilektionssitz 313.
Herderkrankung, bulbäre 315.
Herderkrankungen, cerebrale 167.
— in der Sehsphäre 67.
Herdförmige Erkrankung des Nervensystems 1.
Herpes zoster 24, 34, 316, 318.
— — und Arsen 311.
Herzblock 59.



Herzfunktion 58.
Herznerven 59, 113.
Heterotope Geschwülste 284.
Hexenschuß 42.
Hilfsschule 304, 307.
Hirnbewegung, rhythmische 215.
Hirndruck, gesteigerter 34.
Hirnerkrankung 63.
Hirnkranke 115.
Hirnlues 253.
Hirnrinde 214.
Hirnrindengefäße 80.
Hirnsyphilis 82.
Hirntumoren 35, 152, 331.
— Operation bei 54.
Hirnventrikel 286.
Hirnverletzungen 124, 258.
— und Irresein 195.
Histopathologie 105, 108.
Hodentransplantation 8, 175.
Homosexualität 306.
— geheilte 53.
Hundegehirn 281.
Hund, rechnender 123.
Humeralpathologie und Epilepsie 177.
Hungerkrankheiten des Nervensystems 249.
Hungerostheopathie 76.
Hutchinsonsche Zähne 24, 58.
Hygiene 73.
Hyperthyreose 62.
Hypnose 221, 223.
— und Psychose 145.
Hypnotherapie 244.
Hypnotisches Verbrechen 349.
Hypnotismus 150.
Hypophysäre Kachexie 77.
Hypophysärer Zwergwuchs 155.
Hypophyse 9, 175, 342.
Hypophysenextrakt 293.
Hypophysenfunktion 174.
Hypophysengangcyste 262.
Hypophysenerkrankung 116.
Hypophysengeschwulst 311.
Hypophysenschwäche 261.
Hypophysentumor 52, 115, 327.
Hysterie 25, 87, 136, 186, 187, 290.

Immunitätsforschung 73.
Impotenz und Krieg 268.
Individualität und Wahn 297.
Infantile Amnesie 309.
Infektionskrankheiten 70.
— und Nervensystem 182.
Infektionspsychosen 267, 347.
Influenza 133, 167.
Influenzapsychosen 347.
Innere Krankheiten 57.
— Therapie 59.
Innere Sekretion 346.
Innervation der Schweißdrüsen 215, 291.
— der Skelettmuskel 294, 296.
Instrumente, binokulare 59.
Intelligenz, praktische 224.
Intelligenzprüfung 305.
Intermittierendes Blindwerden 137.
Intrakranielle Injektionsbehandlung 150.
Inzestkomplex 297.
Ionentheorie und Neurologie 9.
Irisfarbe bei Sympathicuslähmung 250.
Irrenärzte 351, 352, 353.
Irrenärztliche Organisation 53, 98, 100, 351, 352, 353, 354.
Irresein, degeneratives 326.
— und Hirnverletzung 195.
Ischiadicuslähmung 129, 311.
Ischias 24, 25, 40.

Jodbehandlung bei Thyreotoxikose 51.
Jodoformpsychose 181.
Juden und Revolution 98.
Jugendirresein 62.

Kachexie, hypophysäre 77.
— bei Lues 250.
Kaiser, der 85.
Kaltblüter 11.
Kastration 327.
Katamnesen 267.
Kataplexie 325.
Katatonie 136, 179.
Katatonische Pupillenveränderung 145.
Kaumuskellähmung 314.
Kinder 60, 130, 143, 150.
— Anfälle, kleine, gehäufte 46.
Kinderkrankheiten 149.
Kindermord 191.
Kinder, schwachsinnige 36.
— Vorbeireden bei 124.
Kinderzeichnungen 300.
Kindlicher Schwachsinn 182.
Kischscher Reflex 31.
Kleinhirn 114, 283.
Kleinhirnerkrankung 65.
— beim Hund 281.
Kniebeugen 129.
Knoblauch Aug. 100.
Knochenerkrankung 58, 333.
Kochsalzverschiebung 77.
Kohlenoxydvergiftung 69, 180.
Kolloidreaktionen 337.
Kongenital-luetische Erkrankungen 64.
Konglomerattuberkel 38.
Konstitution 96, 305.
Konstitutionsstigmen, optische 119.
Konstitutionstypen.

Konus 245.
Koordinationsmechanismus 32.
Koordinationsstörungen bei Epilepsie 78.
Kopfschmerz 318.
Kopfschuß 78, 305.
Kopfschußverletzte 304, 307.
Krämpfe 45.
Kreatinstoffwechsel 76.
Krebsbüchlein 100.
Krieg und Geistesstörungen 323.
— und Impotenz 268.
— und Krankenbestand 99.
— und Massenpsyche 45.
Kriegsdienstbeschädigung 233.
Kriegsneurosen 188.
Kriegspsychiater 269.
Kriminalität Geisteskranker 95.
Kubismus und Geisteskrankheiten 277.
Kyphoskoliose 165.

Labyrinthreize 333.
Lähmung der Hände 231.
Lähmung des Ischiadicus 129.
— der Kaumuskeln 314.
— des Plexus femoralis 310.
— spastische 132, 136.
— cerebrale 292.
— Entbindungs- 233.
— nach Poliomyelitis 320.
— postdiphtherische 231, 245.
— traumatische 321, 322.
Lähmungstypen 27, 132, 321.
Laryngektomie 9.
Leber 7.
Leibesübungen 98.
Leib und Seele 301.
Leistungsprüfung 23.
Lidnystagmus 129.
Linsenkernsyndrom 233.
Liquor 62, 63, 164, 253, 255, 336.
— bei Hirnlues 253.
Lokalisationsprinzip 214.
Lues 25, 63, 253, 254, 256.
Luesdiagnostik 336.
Lueserscheinungen im Auge 334.
Lues, Kachexie bei 250.
— latente 164.
Luestherapie 151, 152.
Lues des Zentralnervensystems 116, 208.
Luetische Psychosen 179.
Lumbago, rheumatischer 128.
Lumbalpunktion, Gefahren der 136.
Luminal bei Epilepsie 265.
Lungenaffektion 135.

Magendarmerkrankungen 317.
Magen, tabischer 29.
Malaria 5.
Malaria und Paralyse 345, 346.
— tertiana 178.
Manie, chronische 238.
Manisch-depressive Kranke 101, 184, 185.
Massenpsychologie 45.
Mastixreaktion 162, 337.
Mediumismus 18.
Medizinisches Studium 350.
Medulla oblongata 38.
— spinalis 164.
Melancholie, periodische 220.
Mendelismus 273.
Menièresche Krankheit 60, 252.
Meningitis 52, 112.
— serosa 233, 310, 313.
— — circumscripta 50, 245.
— tuberculosa 34.
— typhosa 26.
Meningocele traumatica 34.
Meningokokkenmeningitis 112.
Menschenaffen 118.
Menstruationseosinophilie 62.
Menstruationsgift 163.
Menstruationsstörungen 87.
Metalues 33.
Migräne 131.
Migränendämmerzustände 142.
Mikromethoden 253.
Mikroparasitologie 61.
Mikroskop 282.
Miktion 117.
Milz 7.
Minderwertigkeit, erbliche 192.
Mnemelehre 309.
Moeli, Karl 100.
Moorbäder 50.
Mordversuch 350.
Morphinismus, chronischer 183.
Morphiumentziehung 153.
Motiv, krankhaftes 95.
Multiple Sklerose 151, 327.
— — Spirochätenbefund bei 259.
— — Therapie der 248.
Muskeln 10, 12, 33, 34.
Muskelatrophie 25.
Muskeldystrophie 34, 319.
Muskel, quergestreifter 295, 296.
Muskelreflexe 293.
Muskelsinn 291.
Muskeltonus 59.
Muskulatur des Skeletts 293, 294, 295
Myelodysplasie 34.
Myelogenese 4.
Myoclonusepilepsie 316.
Myoklonie 341.
Myoklonische Symptomenkomplexe 136.
Myositis ossificans 57.
Myotonische Dystrophie 138.

Myxödem 76.
Myxödemherz 332.

Nachahmung, spontane 21.
Narkolepsie 143.
Narkose 12, 152.
Naturvölker, Geschlechtsleben der 275.
Nebenniere 344.
Neosalvarsanbehandlung der Syphilis 328.
Nervengrippe 75.
Nerven, periphere 206.
Nervenschußverletzung 320.
—, sympathische 293.
Nervensyphilis 132.
Nervensystem, anatomisches 5.
— Hungerkrankheiten 249.
— centr. 58.
— vegetatives 58, 287, 315.
Nervöser Zusammenbruch 216.
Neurosen, physiogene 324.
Nervosität 100.
Neuralgiebehandlung 56, 328.
Neuralgien 132, 232.
— Röntgenbehandlung der 53.
— des Trigeminus 244.
Neurasthenie 324.
Neuritis 25, 285.
Neurologie 277, 350.
Neurologisch statistische Untersuchung 143.
Neuronen 285.
Neuronenentwicklung 285.
Neurosen 86, 87, 88.
— und Grippe 267.
— und Trauma 192.
Nirvanol 329.
— Nebenwirkung 51.
Nirvanolvergiftung 329, 331.
Norm und Entartung 278.
Novasurol 328.
Nystagmus des Lides 129.

Ohnmachtsanfälle 45.
Ohr 157.
Ohrgeräusche 334.
Ohrlabyrinth 60.
Ohrlidschlagreflex 334.
Operation bei Hirntumoren 331.
Operationstechnik des Zentralnervensystems 329.
Ophthalmoplegia externa 230.
Optik, psychologische 302.
Optische Anschauungsbilder 302.
— Gedächtnis 118.
— Konstitutionsstigmen 119.
— Stigmen 124.
Osteoarthropathie, dysalimentäre 333.
Osteomalacie 129.
Osteopathie 76.
— alimentäre 145.
Otitis media 250.
Otosklerose und Tetanie 335.

Pachymeningitis 6.
Pankreas 7.
Paralyse 80, 82, 83, 256, 266.
— atypische 345.
Paralysebehandlung 345, 346.
— Disposition zur 179.
— Einwirkung der Malaria 178.
— Spirochäten bei 265.
— Therapie der 179.
Paralysis agitans 316, 348.
Paralytiker 115.
Paralytische Gehirne 207.
Paranoia 267.
Paranoide Erkrankung bei pernizöser Anämie 146.
Paraplegia urinaria 312.
Parasympathische Innervation 296.
Pathologie, Lehrbuch 207.
Pellagra 309.
Periphere Schädigungen 230.
Peristaltik 293.
Perniziöse Anämie 146, 232.
Persönlichkeit 306.
Phänomenologie 308.
Pharmakodynamische Untersuchungen 130.
Pharmakologie 59, 119.
— Handbuch der 53.
Phylogenese 29.
Physiogene Neurosen 324.
Physiologie, Lehrbuch 292.
Pilocarpin 215, 291.
Plexus chorioidei 255.
— femoralis, Lähmung des 310.
Plexuszerreißung 57.
Poliomyelitis 33.
— Lähmungen nach 320.
Polioencephaliti superior 133.
Polycythämieformen 29.
Polyglotten 16.
Polyneuritis syphilitica 37.
Polyurie 172.
Pontocerebellare Geschwulst 257.
Postdiphtherische Lähmung 231, 245.
Postembryonale Neuronenentwicklung 285.
Präseniler Verblödungsprozeß 355.
Präzipitationsreaktionen 164.
Proteinkörper 331.
Pseudocontracturen 34.
Pseudoprophet 19.
Pseudosklerose 28, 105, 232, 234.
Pseudotabes spondylos. 135.
— traumatische 312.



Psychiatrie 13, 20, 217, 225, 277, 350.
— Deutsche Forschungsanstalt für 101.
— Lehrbuch der 322, 324.
— und Wiederaufbau 276.
Psychiatrische Diagnostik 44.
— Neuorientierung 308.
Psychiatrischer Verein, Wien 98.
Psychoanalyse 16, 17, 19, 118, 223, 247.
Psychodystaxie 87.
Psychoencephale Studien 17.
Psychogalvanische Reaktion 223.
Psychogene Sensibilitätsstörungen 322.
— Störungen 348.
Psychologie 15, 16, 21, 23, 45, 120, 121, 123, 124, 217, 304.
— des Denkens 298.
— Einführung in die 123.
— der Frau 221.
Psychologische Optik 303.
Psychologisches Übungszimmer 18.
Psychoneurose 86.
Psychopathen 85.
Psychopathische Individuen 268.
— Minderwertigkeit 349.
Psychopathologie 117.
— allgemeine 13.
Psychophysisches Grundproblem 301.
Psychophysische Methode 20.
Psychose 237.
— akute 235.
— autochthone 48.
— und Diabetes 148.
— und Hypnose 145.
Psychosen, Aderlässe bei 151.
Psychosenbehandlung 151.
Psychosen und Grippe 267.
— luetische 179.
— symptomatische 140.
Psychosynthese 87.
Psychotherapie 53, 150, 152, 220.
Psychotische Zustände 84.
Ptosis 129.
Pubertas praecox 76.
Pulsphänomen 334.
Pupillennystagmus 137.
Pupillenphänomene 136.
— bei Katzen 117.
Pupillenstarre 207.
— reflektorische 232.
Pupillenungleichheit 138.
Pupille, springende 24.
Pupillenveränderungen, kataton. 145.
Pyramidenbahnen, phylogenetische Entwicklung 313.

Quecksilbereinreibungen 246.
Quecksilbersalvarsan 248.
Quecksilbervergiftung bei Hutmachern 172.

Radialislähmungen 322.
Radialisphänomen 232.
Radioskopie 29.
Rassenpsychiatrie 100.
Raynaudsche Krankheit 220, 342.
Recurrens 56, 311.
Recurrensimpfungen bei Paralyse 346.
Recurrensinfektion 266.
Reflexablauf 26.
Reflexe 31, 130, 245, 293, 318.
Reflexlähmung 136.
Reflexus cochleopalpebralis 334.
Reproduktionspsychologie 121.
Revolution und Juden 98.
— und Unfallneurose 269.
Rezidivoperation bei Hirntumoren 331.
Rheumatischer Lumbago 128.
Rhythmische Reize 292.
Risus sardonicus 33.
Röntgenbehandlung der Neuralgie 53.
Röntgenbestrahlung bei Basedow 330.
Röntgenologische Darstellung 286.
Rückenmark 4, 106.
— degenerative Vorgänge 106.
— bei Encephalitis lethargica 287.
— kindliches 282.
— Reparation 106.
Rückenmarksdurchschneidung 106.
Rückenmarkserkrankung 63.
— bei Kindern 64.
Rückenmarksflüssigkeit 162.
Rückenmarksgeschwulst 114.
Rückenmarksläsion 257.
Rückenmarkstumor 313.

Sachs-Georgische Reaktion 253, 254, 256, 335, 336.
Salvarsanbehandlung ohne Quecksilber 152.
— der Tabes 151.
Salvarsanhirntod 108.
Salvarsaninjektionsspritze 153.
Salvarsankommission (Bericht) 153.
Salvarsanschädigung 328.
Salvarsansublimatbehandlung 246.
Salvarsantherapie 330.
Sarkoplasmatheorie 295.
Schädelverletzungen 31, 66.
— Spättod nach 168.
Scheinbewegungen 22.
Schenkelnervenneuritis 25.
Schilddrüse 11.
Schizoide Alkoholiker 237.
Schizophrenie, gynäkologische Untersuchung bei 180.
— Heredität 354.
— Kindheitsentwicklung 266.
Schizophrenie 45.
Schläfenbeinschuppe 158.



Schlafstörungen, Behandlung von 150.
Schlinglähmung 30.
Schmerzbahnen 58, 215.
Schmerzproblem 212.
Schmerzreaktionszeiten 292.
Schmerzwahrnehmung 257.
Schuhsohlensymptom 35.
Schule für Kopfschußverletzte 304.
Schulterschmerzen 311.
Schußneuritiden 247.
Schwachsinnige Kinder 36.
Schwachsinn, kindlicher 182.
Schwarzwasserfieber 5.
Schweißdrüsen, Innervation der 215, 291.
Seelenkunde 85.
Seelenmechanik 87.
Sehnenreflex 293.
Sehnervenatrophie, Vererbbarkeit der 274.
Sehstörungen nach heißen Bädern 310.
Sekretion, innere 346.
Sekretionsneurose 249.
Selbstwerterleben 21.
Semiirritatio vegetativa 314.
Senile Demenz 115.
Sensibilität 230.
Sensibilitätsprüfung 128.
Sensibilitätsstörungen, psychogene 322.
Sensible Fasern 294.
Serologie, Leitfaden der 61.
Serologische Studien 256.
— Untersuchungen 161.
Serum, antitoxisches 245.
Serumtherapie bei Epilepsie 265.
Sexualpsychologisches 221.
Sexuelle Aufklärung 350.
Sexuelles Fühlen 308.
Sichstrecken 116.
Silbersalvarsan 83, 327, 329.
Silbersalvarsanbehandlung der multiplen Sklerose 151.
Simulation von Geistesstörung 46.
— nervöser Symptome 131.
Skelettmuskulatur 293, 294, 295.
Sklerose, tuberöse 333.
Solitärtuberkel 164.
Somatische Stigmen 124.
Soziale Irrenfürsorge 269.
Sphincterotomie 52.
Spastische Lähmungen 132, 136.
Spina bifida 164.
Spinaldruckerhöhung 29.
Spinalerkrankung, anämische 207.
Spinalnerven 285.
Spinalparalyse, familiäre infantile spastische 312.
Spiritismus 17.
Spirochäten 56, 80.
— in der Aorta 265.
Spirochätenbefund im Liquor 253.
— bei multipler Sklerose 259.
Spirochätendarstellung 5.
Spirochätenfärbungen 206.
Spirochätennachweis 113.
Spirochäten bei Paralyse 265.
Sprache 9, 258.
Sprachgestörte Kopfschußverletzte 307.
Staat, Norm und Verfall 278.
Staatshäupter 85.
Standesvertretung 352.
Staphylokokkenvaccine 52.
Status epilept. 208.
— thymicolymphaticus 343.
Stauungspapille 158.
Steinachs Verjüngungsversuche 342.
Stimmband bei Recurrenslähmung 311.
Stirnhirntumoren 165.
Stotternde Schulkinder 308.
Stottern, traumatisches 323.
Strahlenbehandlung 257, 327.
Strangerkrankung 348.
Striäre Erkrankungen 201, 241.
Struma 62, 230.
Subarachnoidalräume 286.
Sublimatreaktion 255.
Suggestibilität 299.
Suggestion 221.
Suggestionsbehandlung 87.
Suicidversuch 80.
Sulfoxylat 83.
Sympathische Nerven 293.
Symptomkomplexe in der Psychiatrie 325.
Syphilis 24, 82, 330.
Syphilisbehandlung 246, 248.
Syphilisdiagnose 162, 164.
Syphilis des Gehirns 129.
Syphilis bei Kindern 64.
Syphilitikernachkommen 99.
Syphilitische Polyneuritis 317.
Syringomyelia dolor. 320.
Syringomyelie 24, 33.

Tabes 129, 151.
— spondylos. 135.
Tabische Harnretention 52.
Tabischer Magen 29.
Tachykardie 59.
Taktilmotorische Reaktionen 292.
Tapias Syndrom 129.
Temperaturbahnen 215.
Temperaturwahrnehmung 257.
Tetanie 25, 30, 232, 341.
— der Blase 52.
— und Otosklerose 335.
Tetanus 6, 165, 338.

Tetanus, Hirnveränderungen bei 6.
Therapie, experimentelle 73.
— innerer Krankheiten 50.
Thyreoidin 76.
Thyreotoxikose, Jodbehandlung bei 51.
Tiefenreflex an der Fußsohle 245.
Tiefensensibilität 230.
Tiegelsche Contractur 294, 295.
Tierexperimentelle Forschung 118.
Tierpsychologie 225.
Tonische Erscheinungen 295.
Tonus 293.
Tonusproblem 59.
Trauma 35, 348.
— des Nervensystems 232.
Traumatische Lähmungen 321.
— Pseudotabes 312.
Traumatisch-psychopathische Konstitution 305.
Traumdeutung 16.
Traumpsychologie 120.
Tremor bei Kindern 310.
Trichinose 29.
Trigeminusneuralgie 53, 150, 310.
— Therapie 244.
Trivalin 56.
Tromoparalysis tabiformis 309.
Trophoneurose 136.
Trousseausches Phänomen 232.
Trugwahrnehmungen 325.
Trypaflavininfusionen 52.
Tuberkel 233.
Tuberkulöse Meningitis 34.
Tuberkulose des Gehirns 38.
Tuberöse Sklerose 333.
Tumoren der Cauda equina 150.
— Operation der 150.
Tumor des Rückenmarks 313.
— des Stirnhirns 165.
— der Zirbeldrüse 173.
Tyndall-Phänomen 303.
Typhus 167.

Übungsfähigkeit 223.
Ulcus ventriculi 333.
Unbewußtes 309.
Unfallbegutachtung 188, 263, 264, 348.
Unfallneurose und Revolution 269.
Unfallneurotiker 268.
Unfall und Tod 348.
Unterbrechungsgefühle 307.
Urämie 174.

Vagotonie 25, 157.
Vagotonische Krankheiten 279, 354.
Vagusdruckversuch 58.
Vagusneurosen 250.
Vagusprüfungen, physikalische 321.
Vasomotorenzentrum 11.
Vasomotorische Psychoneurose 86.
Vegetatives Nervensystem 58, 287.
— — Anatomie des 315.
Venenkreislauf 246.
Verblödungsprozeß, präseniler 355.
Verbrechen, hypnotische 349.
Verbrecher, chronische 191.
Vererbung 99, 273, 274, 276.
— erworbener Eigenschaften 351.
Vergiftung durch Benzoldämpfe 267.
— gewerbliche 349.
Veronal 153.
Veronalvergiftung 24.
Vestibuläre Erregbarkeit 150.
Vestibularapparat 156.
Vestibularisuntersuchung 158.
Viscero-vasomotorische Zonen 57.
Visionen 144.
Visuelle Erscheinung bei Migräne 131.
Vitalreihenpsychiatrie 308.
Vitamingehalt der Kartoffel 214.
Völkerpsychologie 308.
Vorbeireden bei Kindern 124.

Wärmeempfindung 292.
Wärmeregulation 11, 215.
Wahn 237, 297.
Wahnideen 323.
Wahn und Individualität 297.
Wahrnehmungswelt 303.
Wassermannsche Reaktion 256, 336.
Webersche Gesetze 220.
Wille zum Leben 17.
Willkürbewegungen 32.
Wilsonsche Krankheit 105.
Wunderkind, Gehirn 66.
Wundts Autobiographie 275.
Wundt, Nachruf auf 277.
Wurzeln, Vordere 294.

Zahnhypoplasie 24.
Zahnneuralgien 132.
Zangengeburt 337.
Zellatmung 290.
Zentrale Erkrankungen 312.
Zentralnervensystem 77.
Zirbeldrüse 343.
— der Pathologie 174.
Zirbeldrüsentumoren 173.
Zittern 136.
Zoanthropie 187.
Zurechnungsfähigkeit 189, 191.
Zwergwuchs 154, 155, 261.
Zwischenhirn 257.



Autorenregister.

Abrahamsohn, G. 99.
Adamkiewicz 193, 267.
Adler 345.
— A. 117.
Agduhr, Erich 285.
Allers 291, 348.
Anton 246, 287.
Arnoldi. Walter 214.
Arnstein, A. 33, 34.
Ascher, Carl W. 334.
Askanazy 173.
Auerbach, S. 313, 321, 132.

Bab, W. 170.
Bakker, S. P. 333.
Baller, Georg 320.
Bauer, Julius 96.
Baum 179.
Baumann 100, 351.
Baumgärtel, Tr. 256.
Baumm, Hans 233.
Bausamer 245.
Beaussart, P. 129.
Becher, H. 328.
Beck, D. J. 326.
Becker 352.
Behrens, M. 146.
Bellmann, W. 80.
Belz 151.
Benussi, V. 22.
Berblinger, W. 174, 284.
Berger, H. 143.
Berggren, S. 156.
Bergmann, E. 9.
Berliner 188.
Berlit, B. 25.
Bernhardt, G. 73.
Berze 98.
Beumer 76.
Bickel, H. 323, 325.
Biehl, C. 157.
Billigheimer 291, 215.
Binnefeld, Maria 22.
Binswanger, R. 237.
Birnbaum, Karl 117.
Bittorf, A. 252.
Blank 29, 62.
Bleuler, E. 322.
Blühdorn 311.
Blumenthal, Walter 24, 138.
Boas, Kurt 231.
Boden 59.
Boenheim, F. 234.
den Boer, M. 230.
Böttcher, W. 193.
Böttner, A. 25, 29.
Bohrisch, Albert 307.
Bolten, G. C. 310.
— H. 250.
Bonhoeffer, K. 350.
Bonne, C. 309.
Borak, J. 291.
Borchard 258.
Bostroem, A. 327.
Boumann, L. 6.
Boven 143.
Bratz 115, 100.
Bregmann, L. E. 150.
Breitung, H. 180.
Bresler 35, 82, 85, 304.
Brouwer, B. 309.
Bruck, C. 328, 246.
Brühl, Franz 265.
Brunner, H. 52.
Brunschweiler 136.
Bucky 247.
Büscher 259.
Bumke, O. 185, 217.
Burmeister 72.
Busse, Paula 303.
Buttenwieser, S. 339.

Carrie, W. 308.
Cassirer 152.
de Castro, A. 129.
Chotzen 144.
Cohn 320, 338.
— Toby 72, 231.
Cords, Richard 260.
Creutzfeldt 1.
Crinis, de 177.
Curschmann 77, 320.
Czerny 150.

Danziger 244.
Davidsohn, Heinr. 58.
Decastello 315.
Dege, A. 258.
Dehio 354.
Diehl, E. 11.
Dimitz, Ludwig 137, 74.
Dobnigg 194, 276.
Döllken 331.
Mc Donagh 132.
Donath, J. 86, 342.
Dorsch 325.
Drescher, Fritz 263.
Driesch, Hans 301.
Durau, M. 11.
Dusser de Barenne, J. G. 214.
Dyroff, Adolf 120.

Ebell 83.
Ebstein, Erich 96.
v. Economo, C. 73, 75, 171, 194, 276.
Eiszenmann, O. V. 131.
Elmiger 354.
Engelkens, J. H. 337.
Eppinger, H. 7.
Erben, S. 131, 136, 315.
Erdheim 34.
Erdmann, Benno 121.
Esser, Carl 34.
Ewald, G. 158, 181.

Fabian 56.
Fackenheim 177.
Fahn 246.
Fahr, Th. 328.
Falkenberg 100.
Falta, W. 34, 314.
Fehlinger 353.
— H. 275.
Fehsenfeld 353.
Feilchenfeld, Leopold 25.
Feis 33.
Fencel 339.
Fink, Hermann 263.
Finkelnburg 348.
Fischer, H. 118.



Fischer, L. 132.
Flaten, Georg 150.
Flechsig, Paul 4.
Fleischer, B. 274.
— Julius 24.
Fleischmann, O. 255.
Fleischner, F. 330.
Fliess, W. 261.
Foerster, Alfons 310, 312.
Förtig, Herm. 207.
Fraenkel 74, 241.
Fränkel, Fritz 232, 188.
Frank 296.
Freud, Sigm. 16.
Freudenberg, F. 342.
Freund, H. 215.
Frey, H. 335.
Fried, Eugen 350.
Friedemann 66.
Friederici 304.
Friedländer 354.
Froboese, Curt 51.
Fröbes 303.
Fröhlich, A. 12.
Fuchs 308.
Fuhlrott 318.

Gärtner, Wolf 266.
Galant, S. 309, 232.
Ganter, G. 135.
Gatscher 158.
Gaupp 267.
Gellhorn, Ernst 223.
Georgi, F. K. 336.
Gerhardt, D. 129, 311.
Gerlach 287.
Géronne 340.
Gerstmann 28, 31, 178, 316, 324.
Gerthmann, Josef 345.
Gierlich 29, 313, 348.
Giese, Fritz 18, 224.
Glaserfeld, Bruno 84.
Gödde, H. 245.
Göppert, F. 149.
Goerrig, M. 21.
Götz, W. 31.
Goldflam, S. 43.
— J. 333.
Goldreich, A. 76.
Goldscheider, A. 212.
Goldschmidt 126.
— R. 279.
Goldstein, Manfred 318.
Gotschlich, E. 61.
Grafe, E. 38, 310.
Groebbels 113.
v. Gröer 130.
Gross, O. 7.
Gross, K. 274.
— W. 38.
Grote, L. R. 317.
Gruber, Georg B. 112.
Gruenewald 312.
Gulecke, N. 7.
Gunther 151.
Gutherz 295.

Hacke, J. J. 259.
Haeller, S. J. 333.
Härtel, Fritz 150.
Hahn 124.
— R. 338.
Hammer 57.
Hannema, L. S. 261.
Harbitz, Francis 283.
Hart 171, 351.
Haskovec, L. 97.
van Hasselt 233, 238, 259.
v. Hattingberg 220.
Hauck, C. 180.
Hauptmann 79, 80, 239.
Hecht, A. F. 130.
Hedri, Andreas 328.
Heffter, A. 53.
Heindl, Robert 191.
Heine, L. 158.
Heiss, W. 260.
Heissen 279.
Heitz, Friedrich 153.
Held, William 265.
Hellpach 216.
Helm 29.
Henneberg, R. 109, 164, 305.
Hensen, H. 250.
Hermann 223.
Herxheimer 286.
Herzig 84.
Hesselbarth 232.
Heuck 220.
Heveroch, A. 97.
Heymann 152.
Hildebrandt 278.
Hilgermann 169.
Hinzelmann, W. 336.
Hirsch 339.
— Albert 172.
— F. 25, 135.
Hirschfeld, H. 7.
Hirschmann 331.
— C. 54.
Hitzenberger, K. 138.
Hoche 142.
Hock 194.
Höber, Rudolf 292.
v. Hoesslin, J. K. 21.
van der Hoeve, J. 333, 338.
Hoffa, Th. 232.
Hoffmann, H. 191.
— P. 293.
— Viktor 58.
Hofmann, Konrad 152.
Hoke, E. 172.
Holub 353.
Homburger 36, 100.
Homén, E. A. 3.
Hoppe, Adolf 85.
Horch 191.
Hornung 153.
Horstmann, J. 64.
Hudovernig, Carl 45.
Hübner 95.
— A. H. 87.
Hübschmann 35.
Huisken, G. 167.
Husler, Josef 176.
Hussels 351.

Iseke 76.
Isserlin 195.

Jacobi, W. 297.
Jaensch 298, 302, 125.
— Walter 119, 124.
Jahnel, F. 5, 82, 113, 206, 265.
Jakob 345.
Jakoby, Martin 9.
v. Jaschke, R. Th. 275.
Jaspers, Carl 13.
Jelgersma, G. 297.
Jellinek 291.
Jenny, Ed. 130.
Joers, Wilhelm 253.
Josenhans, W. 274.
Josephy, H. 116.
Jürgens, Georg 70.
Junius 232.

Kafka 62, 162, 335, 345.
Kafka, V. 256.
Kahane 332.
— M. 57, 58.
Kahler, H. 143.
Kastorf, F. 292.
Kauffmann, Max 221.
Kaufmann, Wolf M. 99.
Kayser-Petersen 340.
Kehrer 189.
Keller, Koloman 131.
v. Kemnitz, R. 276.
Kempner, Alfons 322.
Kerl, W. 317.
Kirschbaum 346.
— Max Aug. 5.

Kirschner, L. 164.
Klarfeld, B. 108, 209.
Kleeberger, Kurt 112.
Kleemann, M. 58.
Kleist 48, 347.
Klessens, J. J. H. M. 215, 257, 310, 344.
Klewitz, Felix 247.
Klieneberger, Carl 74.
— O. 148.
Klinkert 61, 62.
— H. 233.
Klose, R. 66.
Kluth 354.
Knapp, A. 133.
Kobak 60.
— F. 162.
Koch, Richard 126, 145.
de Kock, P. J. 309.
Koehler 118.
Köllner, H. 251.
Kätke, H. 161.
Koffka, R. 10.
Kogerer, Heinrich 208, 349.
Kohn, R. 11.
Kolb 352.
Kollaritis, J. 307.
Koopmann, J. 162.
Kop, W. A. 214.
Kraepelin 277, 280, 323.
Krambach, Bernhard 230.
Kranz, P. 24.
Kraus, Erik Johann 175.
Krisch, H. 140.
Kroemer 354.
Kron, H. 132.
Kronfeld, Arthur 13.
Krueger, H. 63.
Künkel, F. W. 266.
Künzel 277.
Küppers 187.
Küttner 258.
Kugler 88.
Kummer, L. 163.
Kurisniga, H. J. 259.
v. Kurz, M. 168.
Kyrle, J. 164, 336.

Lägel, Carl 179.
Lampi, H. 342.
Landauer, Karl 10, 117.
Langbein, Hildegard 233.
Langelüddeke, A. 306.
Langstein, L. 149.
Lapinsky, M. 177.
Laquer, B. 194.
Lauber 338.
Lauxen 169.
Lehmann 294.
Lehner, Grete 323.
Leidner 50.
Lenk, F. 223.
— R. 53.
Lenz, F. 97, 354.
Leschke, Erich 214, 257.
Lessing, Oskar 346.
Letterer, Erich 284.
Levin 195.
Lévy, Gabriele 173.
Lewin, J. 186.
— R. 69.
Lewy, F. H. 32.
Lichtenstern 342.
— R. 175, 327.
Liepmann, W. 221.
Lilienstein 9, 76.
Lindstedt 24, 40, 42.
Lipschütz, Werner 290.
Litwer, H. 223.
Löhlein, W. 60.
Löwenstein 95.
— Otto 20, 145.
Löwenthal, Carl, 343, 344, 172.
Loewenthal, Waldemar 74.
Löwy, P. 316.
— Robert 3.
Loewy-Hattendorf 269.
Lua, M. 83.
v. Lücken, E. 328.

Maas 331.
— O. 54, 155, 258, 261.
— W. 56.
Macker, George M. 186.
Mager-Mez 282.
Mandelbaum, M. 254.
Manteufel 341.
Margulies, M. 15.
Marie, Pierre 173.
Martin 353.
Marx, E. J. 255.
Mathes 354.
Matthias 319.
Mayer, A. 267.
— -Gross, W. 235.
Meggendorfer 179.
Mendel, Kurt 137.
Meirowsky 153.
Meissner, R. 332.
Meyer, H. H. 11.
— Max 46.
— Wilhelm 312.
Meyersohn, F. 129.
Mezei, Karl 311.
Mittelstaedt, W. 33.
Mockel, Paula 123.
Mollweide, R. 325.
Mona, Adolf 281.
v. Monakow, Paul 174.
Monar, Carl 136.
Morgenstern, Hans 263.
Mosler, E. 321.
Muck, O. 222.
Mühlens 346.
Mühsam, Richard 8.
Müller 352.
— H. A. 26.
— L. R. 287.
— M. 310.
— -Braunschweig 247.
Munk, J. 250.
Muralt, Alexander v. 19.
Muskens, L. J. J. 257.

Nachmansohn, M. 21.
Neisser 51.
Nekrassow, W. 115.
Neuda, P. 47.
Neutra, Wilh. 87.
Niemeyer, H. 348.
Nobel, E. 155.
Nolten 152.
Nonne 233.
Nordmann 244.

Obersteiner 98.
Oehmig, Ossian 259.
Oesterlin, E. 5.
Oljenick, S. 328.
Oord, v. 50.
Orzechowski, K. 335.

Pal, J. 59.
Pankow, O. 275.
Pappenheim, M. 309.
Perman, E. 113.
Pette, H. 330.
Pfänder, Alexander 123.
Pfeifer, R. A. 209.
Pfeilschmidt 238.
Pfister 80.
— M. 98.
Pichler, H. 149, 314.
Pickler, Julius 220.
Pick, A. 144.
— E. P. 10.
Pilcz 100.
— A. 170, 349, 350.
Pirilä 208.
Plate, Erich 311.
Plaut, F. 266, 163.
Pötzl 67, 303.
Poensgen 337.
Poniemunski 56.
Popper 129, 147, 334.

Pototzky 52.
Prantl, R. 299.
Preisig, H. 282.
Pribram 342.
Priesel, A. 155.
Prinzhorn 277.

Quensel, P. 268.

Ranzi, E. 7, 51.
Ranzow, E. 142.
Raue, Hans 17.
Recktenwald 45.
Redlich 150, 316, 344.
Reichardt 304.
Reiche 30.
Reichle 57.
Reichmann, Frieda 85.
Rein 352.
Renner 245.
— Otto 9.
Reutter, F. 34.
Reye 77, 329.
Rhoele, M. 65.
Ribbert, Hugo 207.
Richet, Charles 292.
Richter 60.
Ries, Julius 215.
Riese, Walter 145.
Ritter 318.
Rizzo, C. 207, 253.
Robinski 58.
Römer 100, 269.
Röper, E. 305.
Rössel, Fr. 304.
Rohde, M. 133.
Rohr, M. v. 59.
Rooda Smit, J. A. 250.
Rosenthal 51.
Roth 6.
— Hans 115.
Roth, N. 341.
Rubritius, H. 52.
Rümke, H. C. 309.
Rumpf, Th. 53, 192.
Runge 267.
— W. 254.
Ružička, V. 97.

Sack, A. 98.
Saleck, W. 293.
Saphier, Johann 206.
Sarbó, A. v. 339.
Schacknitz, Alex 20.
Schäffer 295.
— Harry 232, 294.
Scheer, Kurt 253.
Schenk 319.
— Erich 50.
Schick, B. 163.
Schick, Leo 264.
Schilder 316.
— P. 28, 31, 124, 137, 306, 321.
Schilling, R. 59.
Schippers, J. C. 310.
Schleich, C. L. 87.
Schlesinger, H. 30, 51, 75, 249.
Schlichtegroll 331.
Schlichting, W. 183.
Schliephake, Erwin 292.
Schmidt 118.
— Heinrich 151.
— Hugo 304.
Schmincke 282.
Schneider, C. 187.
— Kurt 237, 238.
Schönbauer, L. 52.
Schönfeld, W. 162, 336
Schob 317.
Schott 182.
Schramm, Fridolin 264.
v. Schrenk-Notzing 18.
Schröder, P. 184, 326.
Schuckmann, W. v. 257.
Schüller 258, 286.
Schultz, J. H. 23.
Schultze 349.
— Friedrich 128.
Schürrmann, W. 61.
Schuster 165, 262.
Schutz 20.
Schwab, O. 27.
Schwalbach 247.
Schwalbe, J. 16.
Schwarz 60.
— O. 52, 290.
Schweisheimer 353.
Seebert, H. 168.
Segall, J. 164.
Serko 46.
Seuffer, E. 311.
Shaw 169.
Siebert 95.
H. 182.
Siemens 192.
Sievers, R. 128.
Simmonds Otto 145, 327, 341.
Simons, A. 73.
Singer, Kurt 187.
Sioli, F. 83.
Sittig, O. 78.
Soloweitschik, K. 231.
Sommer 15, 118, 225.
— G. 99.
Sonnen, A. 333.
Sonnenschein 292.
Spät, W. 172.
Spatz, Hugo 106.
Speer, Ernst 151.
Spiegel, Ernst 281, 315.
Spielmeyer, W. 105, 205.
Spiess, Gustav 52.
— P. 165.
Spitzer, E. 316.
Stähle, E. 26.
Stangivic, L. 337.
Steckel 152.
— Wilh. 17, 53, 268.
Steiner, G. 266.
v. Steinrück 244.
Stella, H. de 311.
Stern 337.
— Arthur 24.
— Carl 329.
— Erich 191.
— H. 9.
— R. 299.
— -Piper, Ludwig 248.
Sternberg, Karl 154.
Stenvers, H. W. 311.
Stiefler, Georg 72, 168, 269, 312.
Stier, Ewald 45.
Stoffel, A. 331.
Storch, Alfr. 21.
Stracker 76.
Sträussler 286.
Stransky, Erwin 276, 324.
Straus, E. 183.
Strisover, R. 59.
Stross, L. 334.
Strümpell 74, 324.
Stuchlick 219.
Stühmer, A. 329.

Taege, Karl 246.
Tandler 329.
Teleky, L. 172.
v. Teubern 58.
Thalbitzer, S. 16.
Theodoridis, Ch. 308.
Theunissen, W. F. 268.
Thoden van Velzen, S. K. 17, 231.
Tillmann 177.
Travaglino 237.
Trendelenburg, P. 9.

Valentin, Bruno 206.
Valkenburg, C. T. 297.
Veil, W. H. 77.
Verworn, Max 18.
Vezzár, F. 12.
Voelker 246.



Vogt, Cécile 201.
— Oskar 201.
Volland 78.
Vollrath 53, 352.
Vortisch 100.
Voss 124.

Waardenburg, P. J. 250.
Wagner, Richard 164, 52.
Wahl, Hermann 339.
Wartenberg, R. 338.
Wattenberg 351.
Wehrli, G. A. 300.
Wehrlich, G. 321.
Weichardt, Wolfgang 73.
Weichbrodt, R. 56.
Weimann 207, 355.
Weinberg, F. 135.
— W. 273.
Weise, Hans 168.
Weitbrecht, E. 293.
Were, H. 333.
Werner 99.
Westphal, A. 117, 136.
Weygandt 277, 345, 353.
— W. 44.
Wichmann, Rolf 322.
Wiesenthal 76.
Wiesner, R. 75.
Winkler, C. 281.
Winter, W. 31.
Wittmann 20.
Wodak, E. 334.
Wodtke, Gerhard 254.
Wohlwill, Fr. 5.
Wolfer, L. 347.
Wrobel 258.
Wundt, Wilhelm 275.

Zadeck, J. 232.
Zappert, J. 34.
Zirn, Camillo 248.
Zok, E. 57.
Zondek 249, 293.
Zweigenthal, Ernst 338.

